



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IP
Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**Instituto Politécnico
de Castelo Branco**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Anabela Martins Batista

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Projeto de Estágio

Évora, 2019



UNIVERSIDADE DE ÉvORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Capacitação para o Autocuidado da
Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

Anabela Martins Batista


Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Projeto de Estágio

Évora, 2019



Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

“Se a nossa vida é provisória, que seja linda e louca a nossa história, pois o valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

RESUMO

Enquadramento: A dependência para o autocuidado, comumente relacionado com patologias crónicas e com o envelhecimento, são causas de dificuldades para utentes e família, particularmente no domicílio. Os cuidados continuados no âmbito da saúde integram um dos desafios presentes nas sociedades contemporâneas. A qualidade dos cuidados prestados concentra-se numa das preocupações que, além da eficácia a nível clínico e da segurança do utente, conduz a que este seja considerado um cuidado central. A RNCCI assume-se como um novo padrão organizacional que, perante este, resulta numa resposta integrada da saúde assumindo a reabilitação, readaptação e reintegração como objetivos de intervenção. **Objetivo:** Apresentar o processo subjacente à aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre. **Metodologia:** Implementou-se uma estratégia de intervenção profissional, com base na metodologia de estudo de caso (Yin, 2003) e na teoria de médio alcance de Lopes (2006) com vista à avaliação dos ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, na capacitação para o autocuidado da pessoa idosa na RNCCI. **Resultados:** Certifica-se que através dos dados recolhidos as intervenções do enfermeiro de reabilitação cooperaram para uma melhoria da funcionalidade da pessoa, reduzindo a dependência no autocuidado, proporcionando ganhos em saúde. **Conclusão:** Observou-se que as competências de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre, propostas inicialmente foram inteiramente adquiridas, contribuindo para uma melhoria funcional das pessoas incluídas na estratégia de intervenção profissional.

Palavras-chave

Autocuidado, Idoso, RNCCI, Enfermagem de Reabilitação

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

Background: Dependence on self-care commonly related to chronic conditions and aging, are causes of difficulties for users and families, particularly at home. Continuing care in health is one of the challenges present in contemporary societies. The quality of care is focused on one of the concerns that, in addition to clinical efficacy and patient safety, leads to a central care. The RNCCI is a new organizational standard that results in an integrated health response, assuming rehabilitation, rehabilitation and reintegration as intervention objectives. **Objective:** To present the process underlying the acquisition and development of Rehabilitation and Master's Nursing competences. **Methodology:** A professional intervention strategy was implemented in order to evaluate the gains gained in the care of Rehabilitation Nursing, in the training for the self-care of the elderly in the RNCCI. **Results:** It is certified that through the collected data the interventions of the rehabilitation nurse cooperated to improve the person's functionality, reducing dependence on self-care, providing health gains. **Conclusion:** It was observed that the competences of Rehabilitation Nursing and Master, initially proposed were fully acquired, contributing to a functional improvement of the people included in the professional intervention strategy.

Key words

Self-Care, Elderly, RNCCI, Rehabilitation Nursing

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

AGRADECIMENTOS

Ao professor Doutor César Fonseca, por todo o apoio e disponibilidade demonstradas, por tudo o que me ensinou, pela compreensão e paciência perante dificuldades sentidas e, principalmente, por acreditar nas minhas capacidades.

À enfermeira Elsa Pires pelo acolhimento e saberes partilhados durante o estágio final.

A todos os utentes que contactaram comigo, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

Em especial há minha equipa da UCC Almoreg pela compreensão, facilitação e todo o apoio dado durante este percurso.

Ao meu marido e filhos pelo apoio incondicional, pelo amor.

Aos meus pais, pelo carinho, amor, incentivo e esperança.

Há minha irmã que, não estando presente entre nós, foi a grande impulsionadora para que este trabalho se realizasse, ela acreditou sempre!

Sem o apoio de todos nada disto seria possível, pelo que fica aqui o meu profundo e sincero agradecimento.

Muito obrigado!

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo de Évora	CI
Anexo II – Intervenções dos Domínios	CIII
Anexo III – Artigo Publicado	CV

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1- Teoria do défice do Autocuidado de Enfermagem	33
Figura nº 2- Intervenção de Enfermagem de Reabilitação	35
Figura nº 3- Metodologia do Estudo de caso múltiplo (adaptado de Yin, 2003)	46

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1- Taxa de ocupação por região de lugares de ECCI (2018)	21
Quadro nº 2- Número de camas em funcionamento	22
Quadro nº 3- Processo de pesquisa e seleção da Revisão Sistemática da Literatura, Portugal 2008-2018	38
Quadro nº 4- Análise dos artigos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura, Portugal março 2019	38
Quadro nº 5- Resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa em cuidados de longa duração	41
Quadro nº 6- Dados sociodemográficos	50
Quadro nº 7- ENCS aplicado ao estudo de caso 1	54
Quadro nº 8- MIF aplicada ao estudo de caso 1	54
Quadro nº 9- ENCS aplicado ao estudo de caso 2	55
Quadro nº 10- MIF aplicada ao estudo de caso 2	56
Quadro nº 11- ENCS aplicado ao estudo de caso 3	57
Quadro nº 12- MIF aplicada ao estudo de caso 3	58
Quadro nº 13- ENCS aplicado ao estudo de caso 4	59

**Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

Quadro nº 14- MIF aplicada ao estudo de caso 4	59
Quadro nº 15- ENCS aplicado ao estudo de caso 5	60
Quadro nº 16- MIF aplicada ao estudo de caso 5	61
Quadro nº 17- Scores dos resultados sensíveis á Enfermagem de Reabilitação	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1- Variação de pessoas admitidas e pessoas com alta na RNCCI 20

Gráfico nº 2 - População da RNCCI com idade superior a 65 anos 25

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centro de Saúde

ACM – Artéria Cerebral Média

ANA – Anticorpos Antinucleares

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVDs – Atividades de Vida Diárias

ARS – Administração Regional de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECD – Exames Complementares de diagnóstico

ECR – Equipa Coordenadora Regional

ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte de Cuidados Paliativos

EGAS – Equipa de Gestão de Altas

EIHSCP – Equipas Intra Hospitalares de Suporte de Cuidados Paliativos

ENCS – Elderly Cor Set

EPE – Entidade Pública Empresarial

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

HESE – Hospital do Espírito Santo Évora

HSJ – Hospital de São José

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MIF – Medida Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigenoterapia Longa Duração

OMS – Organização Mundial de Saúde

RM – Ressonância Magnética


RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

SNAS – Serviço Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TDAE – Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem



Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

UC – Unidade de Convalescença

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UDPA – Unidade de Dia e Promoção da Autonomia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO – World Health Organization

Índice

0. Introdução	14
1. Apreciação do Contexto	18
1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	18
1.2 Hospital do Espírito Santo Évora, EPE.....	25
1.2.1.Unidade de Convalescença.....	27
2. Estratégias de Intervenção Profissional	28
2.1. Modelo do Autocuidado e Cuidados de Reabilitação	28
2.2. Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, em pessoas com 65 e mais anos em cuidados de longa duração – Revisão sistemática da Literatura	36
3. Metodologia	44
3.1 Colheita de dados.....	47
3.2. Participantes no Estudo Caso	50
3.3 Resultados	53
3.4. Discussão.....	61
4. Análise Reflexiva sobre as Competências Adquiridas.....	75
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	75
4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	78

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

4.3.Competências de Mestre	80
5.Conclusão	82
6. Referências Bibliográficas	84

0. Introdução

No âmbito do ramo de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da unidade curricular relatório, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação das Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, elabora-se o presente relatório de estágio de índole profissional, com a finalidade de obtenção de grau de mestre, após discussão pública e respetiva aprovação.

Perante uma intervenção em seres humanos, houve necessidade de avaliação e autorização da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), Entidade Pública Empresarial (EPE) para a sua implementação (AnexoI).000000

Como refere Santos (2003), o relatório integra um documento altamente formativo, que nos possibilita um olhar retrospectivo, aprovando uma autocrítica e autoapreciação do trabalho desenvolvido, com vista a estabelecer uma comparação entre os resultados desejados e obtidos.

O mesmo foi realizado durante o Estágio Final, compreendido entre 17 de setembro e 25 de novembro, no serviço de Unidade de Convalescença do Hospital do Espírito Santo em Évora, num período de dez semanas.

O estágio final, a que faz referência este relatório, foi realizado em contexto de prestação de cuidados especializados, a pessoas com alterações da funcionalidade em consequência de doenças neurológicas, traumáticas e outras em contexto hospitalar, sob supervisão de um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Os estágios são momentos de experiência de formação estruturada, considerados como um marco fundamental na formação profissional. O objetivo geral deste estágio final, é desenvolver competências científicas, técnicas, humanas e culturais, que permitam compreender a responsabilidade social do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, através da análise dos resultados das suas intervenções, utilizando indicadores de qualidade e identificando as melhorias na qualidade de vida e a promoção da prevenção da incapacidade/deficiência e a reabilitação da pessoa na comunidade (Carochinho, 2015).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Atendendo ao anterior referido, pretendeu-se que este estágio final tivesse como objetivos, avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que tenham como limitações atividade e incapacidade, introduzir programas de treino motor, atestando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida do utente, diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com limitações neurológicas, assim como limitações de ordem traumática (ortopédicas), cingir a pessoa com incapacidade ou limitação da participação com vista a reinserção e exercício da cidadania, capacitar o utente para o treino de atividades de vida diárias (AVDs) e do uso de ajudas técnicas, dirigir os cuidados, destacando a atitude da equipa de enfermagem e articulação com a equipa multiprofissional e criar resultados que exponham efeitos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Assim foi possível desenvolver competências de mestre e de enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e executar o projeto de intervenção profissional “Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, atendendo à aquisição de competências, e conforme o regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2010), foram demarcados os seguintes objetivos: cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010).

No que refere às competências de mestre, foram delimitados os seguintes objetivos: desenvolver conhecimentos e capacidade de compreensão que permitam desenvolver o projeto de intervenção em contexto de investigação; integrar os conhecimentos específicos inerentes às técnicas de reabilitação funcional motora e respiratória, nos diversos casos clínicos durante o estágio, incluindo reflexões sobre as implicações clínicas, refletindo sobre as conclusões, os conhecimentos e raciocínios subjacentes às conclusões do trabalho de investigação, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro).

O projeto de intervenção veio neste seguimento e teve como objetivos avaliar a capacitação para o autocuidado da pessoa idosa, aprofundar e adquirir competências na

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e esclarecer ganhos de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, por meio dos diferentes níveis de funcionalidade, com base no modelo de autocuidado. A importância do objeto de estudo presente neste relatório é, sem dúvida, a pessoa idosa com défices no autocuidado, uma vez integrada na RNCCI.

Fazendo parte da RNCCI, a Unidade de Convalescença do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) foi o serviço no qual foi desenvolvido este relatório, estando esta unidade destinada a pessoas que apresentam uma doença crónica, ou se encontram em fase de recuperação de um processo agudo com perda de autonomia potencialmente recuperável, sendo também utilizadas para a recuperação de situações agudas e nos casos de agudização de processos crónicos. A Unidade de Convalescença do HESE coordena-se e articula-se, preferencialmente, com os hospitais de agudos e com a RNCCI, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados aos utentes, tendo como ponto de partida a recuperação da independência funcional, restabelecendo as funções ou capacidades afetadas por diferentes patologias e, sempre que possível, com a colaboração de um cuidador (Nascimento, 2017).

A RNCCI ambiciona implementar um modelo de prestação de cuidados ajustado às necessidades do cidadão e concentrado no utente, onde este possa alcançar os cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado. Mediante o desenvolvimento dos seus padrões, a RNCCI desperta a revisão do papel do hospital e fortalece o papel dos cuidados de saúde primários (Nascimento, 2015).

Os cuidados de longa duração assumem-se como a resposta das sociedades modernas às necessidades decorrentes da evolução demográfica e consequente evolução epidemiológica, os quais têm como um dos efeitos o aumento das situações de dependência (UMCCI, 2010).

A RNCCI é o conjunto das instituições dirigidas à prestação de cuidados continuados integrados, tanto no local de residência do utente como em instalações próprias. Esta, destina-se a atribuir apoio integrado nas áreas da saúde e da segurança social por intermédio de equipas multidisciplinares que executam a sua ação no terreno, em próxima colaboração com os hospitais e os centros de saúde. Logo, a RNCCI é um conjunto organizado de unidades (internamento e ambulatório) e de equipas de cuidados continuados de saúde e de

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

apoio social, validados integralmente, a pessoas em situação de dependência, com falta ou perda de autonomia (Nascimento, 2015).

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenómeno aconteceu inicialmente em países desenvolvidos, mas mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada (Pedroso, 2011).

As doenças próprias do envelhecimento têm maior impacto no conjunto da sociedade. Um dos resultados mais expressivo é o aumento crescente da procura aos serviços de saúde, que se converte atualmente na escassez de recursos, uma vez que o idoso procura cada vez mais os serviços de saúde e os internamentos hospitalares são mais frequentes e prolongados (Lima-Costa e Veras, 2003).

A população envelhecida é definida a nível coletivo, com base na proporção da população de pessoas idosas na população total. A classificação demográfica de uma população, como jovem ou envelhecida, depende da proporção de pessoas nas faixas etárias extremas. Em Portugal, considera-se pessoa idosa, a pessoa com 65 ou mais anos de idade (Pordata, 2016).

As três componentes fundamentais no conceito de qualidade de vida nas pessoas idosas são o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte e integração sociais. Cada uma destas componentes pode ser afetada por situações que surgem no percurso de vida, nomeadamente, a reforma, a perda de um emprego, a viuvez, o divórcio, problemas de saúde, a perda ou separação de uma pessoa próxima, a migração, entre outras (Zaidi, 2014).

O envelhecimento individual é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida (OMS, 2015).

O desenvolvimento dos cuidados continuados, por via da criação da RNCCI, adotou como objetivos definidos para o seu funcionamento, numa mudança de padrão que estes assumam socialmente, o autocuidado como a dimensão mais relevante da saúde das pessoas. De acordo com o estudo de Petronilho, Pereira, e Silva (2017), no momento da alta hospitalar, 58,6% das pessoas dependentes regressaram a casa e 28,1% tiveram como destino as unidades da RNCCI (Nascimento, 2015).

1. Apreciação do Contexto

Neste capítulo, pretende-se fazer uma apreciação do contexto em que decorreu a estratégia de intervenção profissional, dos recursos humanos e materiais disponíveis à aplicabilidade das ações definidas, bem como uma observação à produção de cuidados do Serviço de Unidade de convalescença.

1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI foi criada através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, e destina-se a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Esta assumiu-se como um novo padrão organizacional e de cuidados, na medida em que se assume como uma resposta integrada da saúde e segurança social e que mobiliza os setores público, privado e social; ao mesmo tempo, assume a reabilitação, readaptação e reintegração como objetivos de intervenção (UMCCI, 2010).

No decorrer dos últimos 10 anos, a RNCCI organizou-se e desenvolveu um conjunto de tipologias de resposta, repartidas pelo país e que compreendem respostas de institucionalização (Unidades de convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção), respostas domiciliares e comunitárias (Equipas de Cuidados Continuados Integrados, Unidades de Dia e Promoção de Autonomia). Conjuntamente, desenvolveram-se, também, respostas na área dos cuidados paliativos, também assim, através das seguintes tipologias, respostas de institucionalização (Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos), respostas domiciliares e comunitárias (Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos) (UMCCI, 2010).

A RNCCI, através das suas várias tipologias, presta cuidados de reabilitação e reintegração social, ou cuidados de natureza paliativa a pessoas que estejam em situação de dependência ou em risco de a perder, independentemente da faixa etária a que pertencem.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

A partir da sua criação, que se assumiu que a série de tipologias de cuidados definidas na RNCCI deveria progredir para maior especialização em subtipologias de utentes ou problemas de saúde, disponibilizando-se pois, um conjunto de respostas mais variado e mais adaptado às diferentes carências e perfis de utentes, cooperando para uma cobertura alcançada no tempo, quer em número de lugares para internamento, quer em número de lugares para equipas de cuidados.

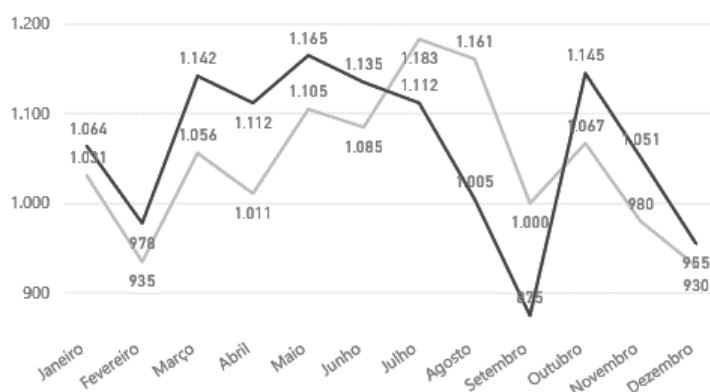
Os objetivos da RNCCI centram-se na prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade (UMCCI, 2010).

A RNCCI assumiu-se como um novo padrão organizacional e de cuidados, uma vez que se assume como uma resposta integrada da saúde e segurança social e que movimenta os setores público, privado e social; assumindo concomitantemente a reabilitação, readaptação e reintegração como objetivos de intervenção. Os objetivos da RNCCI são a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, de forma continuada e integrada a pessoas que se encontrem em situação de dependência (SNS, 2010).

Os Cuidados Continuados Integrados estão centralizados na recuperação global da pessoa, difundindo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, na situação de dependência em que se encontra (SNS, 2010). Podemos verificar que, ao longo do ano de 2018, houve uma variação no número de pessoas admitidas e com alta na RNCCI, apurando que em Fevereiro e Setembro houve uma diminuição de ambas as variantes, registando-se em Maio e Julho um aumento das variantes (gráfico nº1).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Gráfico nº1- Variação de pessoas admitidas e pessoas com alta na RNCCI (SNS, 2019)



● Pessoas com alta (2018) ● Pessoas admitidas (2018)

Fonte: <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-continuados-integrados-2/gestao-de-recursos/>

A RNCCI projeta a execução de um paradigma de prestação de cuidados ajustado às necessidades do cidadão e centrados no utente, onde este possa usufruir dos cuidados necessários, no tempo e lugares certos e pelo prestador que mais se adequar. Atendendo ao desenvolvimento dos seus padrões, a RNCCI ativa o objetivo do hospital e intensifica o papel dos cuidados primários de saúde, auxiliando assim a sua atualização e adaptação às necessidades de saúde no país. A RNCCI encaminha-se, assim, a pessoas em situação de dependência, que necessitem de cuidados continuados de saúde, de apoio social, com cariz preventivo, reabilitativo ou paliativo, conferidos por meio de unidades de internamento, ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias (UMCCI, 2011).

As descrições formais de controlo do funcionamento da RNCCI requerem indicadores de resultado que expressem os ganhos em saúde das pessoas dependentes durante o seu acompanhamento e, em particular, ganhos ao nível da dependência no autocuidado (Petronilho et al., 2017).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

A referenciação dos utentes para a RNCCI advém da articulação entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e a segurança social. Há a realçar que a origem dos utentes, que podem aceder às tipologias de respostas da RNCCI, vem do Serviço Nacional de Saúde, através da referenciação por serviços hospitalares ou pelos Cuidados de Saúde Primários. Os critérios da seleção dos utentes a integrarem a Rede estão definidos pelo artigo 31º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, e circunscrevem que os utentes se encontrem num dos seguintes estados: dependência funcional transitória decorrente de processo de Convalescença ou outro, dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade, incapacidade grave, com forte impacto psicossocial, doença severa ou crónica em fase avançada ou terminal (Saúde, 2005).

O número de lugares de ECCI tem sido reajustado, devido a adequação de recursos e lugares disponíveis. Neste contexto, os lugares disponíveis sofrem uma variação a cada mês durante o ano de 2018. A região de LVT é aquela que registou um maior número de camas por mês, seguindo-se o Algarve. Assim, o Centro foi a região na qual se registou menor número de camas por mês, como se pode verificar no quadro nº1 (SNS,2018).

Quadro nº1- Taxa de ocupação por região de lugares de ECCI (2018)

Região	Nº de ECCI	Lugares	Nº Médio de Lugares
Norte	90	1598	18
Centro	68	744	11
LVT	59	2072	35
Alentejo	37	573	15
Algarve	26	750	29
Total	280	5717	20

Fonte ACSS

O esclarecimento institucionalizado da RNCCI é determinado pela assistência que é prestada em contexto de internamento. A alteração do número de camas em relação ao ano de 2018 é variável ao longo do ano, sendo no norte a percentagem superior, relacionada com o crescimento em todas as tipologias e em todas as regiões, verificando-se no Algarve uma menor ocupação, como se pode certificar no quadro nº2 (SNS,2018).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Quadro 2- Nº de camas em funcionamento

Tipologias	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
UC	212	255	215	150	74	906
UMDR	817	746	760	213	138	2674
ULDM	1557	1320	1139	431	317	4764
Total	2586	2321	2114	794	529	8344

Fonte ACSS

A RNCCI dirige-se, assim, a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que careçam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de índole psicossocial, preventiva, reabilitativa ou paliativa, conferidos por meio de unidades de internamento e de ambulatório, e de equipas domiciliárias (SNS 1979-2019)

Podemos, então, definir as várias respostas de institucionalização, segundo as tipologias de cuidados continuados referentes às diferentes unidades de internamento: Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM, Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Unidades de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA), Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), Equipas Intra-Hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e Unidades de Convalescença (UC), (Santos, 2011).

Foi na Unidade de Convalescença do HESE que desenvolvi o meu relatório. Uma unidade de convalescença é uma unidade de internamento que presta cuidados e supervisão clínica, continuada e intensiva, para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar ocasionado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. Tem como finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. Preconiza-se, com este tipo de unidades, responder a necessidades transitórias, apontando maximizar os ganhos em saúde, isto é, promover a reabilitação e a independência dos utentes, ajudar para a gestão das altas dos hospitais de agudos, evitar a permanência

desnecessária nos serviços dos hospitais de agudos e otimizar a utilização de unidades de internamento de média e longa duração. Segundo o artigo 13º, Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, publicado em D.R. n.º 109, 1.ª série, de 6 de Junho, está definido para este tipo de unidade, internamentos de curta duração com previsão até 30 dias consecutivos por cada admissão. Os utentes das Unidades de Convalescença são maioritariamente doentes dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva. A unidade de convalescença propõe-se que seja para o doente um local que tenha à disposição uma qualidade de serviços, tentando reconhecer quais os ganhos mais evidentes em autonomia à saída da rede e qual o destino dos idosos após a alta (Santos, 2011).

As respostas domiciliárias e comunitárias são consideradas respostas de proximidade e naturalmente, caracterizam-se por serem oferecidas ou no domicílio das pessoas ou na sua comunidade. São respostas que assentam em equipas domiciliárias e/ou comunitárias e solicitam que exista um enquadramento familiar adequado (Santos, 2011).

As Unidades de Cuidados Continuados Integrados apresentam-se como uma resposta real à questão do envelhecimento dependente e da dependência, garantindo os cuidados de saúde de continuidade e diferenciados. Ainda que a RNCCI não tenha claramente como finalidade a pessoa idosa dependente, foi principalmente, o aumento do uso de serviços de saúde por esta população que originou o surgimento deste novo nível de cuidados. É o envelhecimento da população que mais impacto tem nos serviços de saúde (Carvalho, 2012).

Também Cabrita (2004) refere que o aumento do número de idosos está estritamente relacionado com uma gradual procura de cuidados de saúde, pois são os idosos que comportam maior número de doenças crónicas e incapacitantes, originando um aumento dos custos de saúde. Consequentemente, nasce a necessidade de conceber novas estratégias que admitam melhorar a qualidade de vida deste grupo de população e, conjuntamente, diminuam os gastos na área da saúde (Carvalho, 2012).

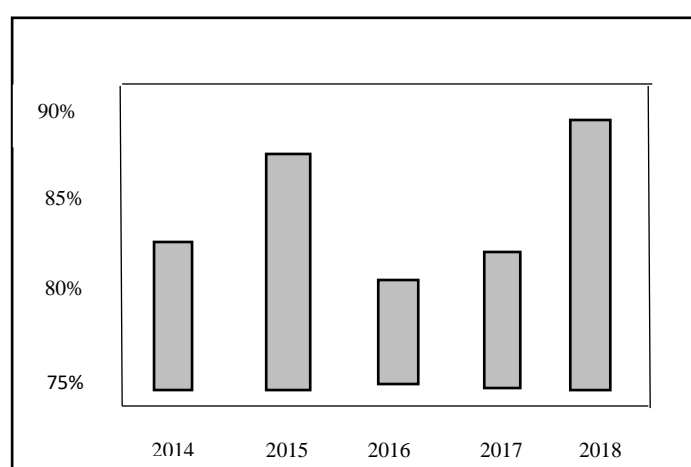
O crescente isolamento da população idosa conduz a situações de dependência económica e social, com novos e relevantes problemas no domínio da saúde e da proteção social. Portanto, esta situação tem imposto uma reestruturação nos sistemas de saúde e de proteção social, levando a adaptar a tipologia de serviços prestados às novas necessidades da população dependente. As alterações que despontaram na sociedade nas últimas décadas, afetaram o setor da saúde, através do envelhecimento populacional e do aumento de doenças

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

crónicas, articuladas com as alterações da organização e dinâmica familiar, levando a uma necessidade de alterar os cuidados de saúde, de modo a objetar às necessidades provocadas pelo avanço da idade e às necessidades dos cidadãos em situação de dependência (Ferreira, 2005).

Da preocupação de dar continuidade aos cuidados relança um novo padrão nos sistemas de saúde, propõe uma abordagem centrada no cuidar e reabilitar. Os cuidados continuados estabelecem uma abordagem que considera a qualidade de vida do utente e da família e afasta-se do discurso apenas focado na doença e no tratamento; coincidem princípios como a autonomia, independência, continuidade, participação, proximidade, comunidade, família, interdisciplinaridade e flexibilidade. Os cuidados continuados integrados no domicílio, expõem-se à assistência domiciliária a utentes e famílias, em situação de dependência que, não necessitando de internamento, requerem acompanhamento contínuo no domicílio (Couto, 2012) (Gráfico nº2).

Gráfico nº 2- População da RNCCI com idade superior a 65 anos



Fonte ACSS (2019)

A organização da RNCCI passa pela coordenação, constituindo-se a nível nacional, sem dano para a coordenação regional e local, e valida a sua funcionalidade em dois níveis de região, admitindo, assim, uma articulação dos diferentes níveis de coordenação da rede, afixando agilidade e seguimento na utilização das unidades e equipas que a constituem (Louro, 2009).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Então, no que diz respeito a nível regional, a coordenação da RNCCI é certificada por cinco equipas constituídas, de modo pluridisciplinar, por representantes das administrações regionais de saúde (ARS) e dos centros distritais de segurança social, nos termos definidos no Despacho Conjunto n.º 19040/2006, dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

A equipa coordenadora regional (ECR) é mencionada de acordo com as necessidades e os recursos presentes e formada por profissionais mentores de experiência e conhecimento nas áreas de planeamento, gestão e avaliação, confirmando a colocação de utentes na RNCCI.

No que se refere a nível local, a coordenação é garantida por equipas de âmbito concelhio. As equipas coordenadoras locais são compostas de modo pluridisciplinar por representantes da Administração Regional de Saúde e da Segurança Social, fazendo parte, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, sempre que for preciso, um representante da autarquia local. Esta organização assiste a esclarecer as equipas que asseguram a referenciação de utentes para a RNCCI, Equipas de Gestão de Altas (EGAS) e equipas referenciadoras do ACES.

1.2 Hospital do Espírito Santo Évora, EPE

Há mais de 500 anos que o Hospital do Espírito Santo de Évora serve a população do Alentejo. Ao longo de cinco séculos, este Hospital Central passou por diversas evoluções e teve várias designações, sendo Entidade Pública Empresarial (EPE) desde 2007. No ano seguinte, o HESE-EPE foi classificado como Hospital Central. O Hospital de Évora tem vindo a melhorar a prestação de cuidados de saúde, quer com o aumento do seu quadro de pessoal e melhoria da sua formação, quer com a instalação de equipamento tecnológico avançado, quer nas suas próprias instalações (SNS, 2019).

O Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. é um hospital público geral, cuja missão está dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores (SNS, 2019).

O Hospital rege-se pelos seguintes valores: respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; excelência técnica; cultura da melhor gestão; respeito pelas normas ambientais; promoção da qualidade; ética, integridade e transparência; motivação; trabalho de equipa (SNS, 2019).

A área de influência de primeira linha abrange 150 mil pessoas, correspondendo ao Distrito de Évora, num total de 14 Concelhos. Em segunda linha, abrangerá cerca de 440 mil pessoas, correspondente a toda a região do Alentejo, num total de 33 Concelho. A área de influência direta do HESE, E.P.E. corresponde ao Distrito de Évora que coincide com a área correspondente ao Alentejo Central. Na Rede de Referenciação Hospitalar, o HESE, E.P.E. funciona como Hospital Central da Região, encontrando-se aqui muitas valências de carácter regional. A atividade hospitalar centra-se no Internamento, Consultas Externas, Urgência, Hospital de dia (Pediatria e Oncologia), Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Adicionalmente, o HESE presta, de acordo com o previsto nos documentos da Rede de Referenciação Hospitalar do SNS, a oferta de cuidados de saúde diferenciados para toda a região do Alentejo, em inúmeras valências (SNS, 2019).

Segundo a publicação de 15 de Janeiro de 2018, na página acima referida, o HESE,EPE cumpre com o maior número de parâmetros de qualidade, no Alentejo, que são exigidos pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no Serviço Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), mais especificamente nas áreas de: excelência clínica, segurança do doente, instalações e conforto, focalização no doente e satisfação do utente (SNS, 2019).

A aplicação do projeto de intervenção teve início na Unidade de Convalescença, que foi a primeira Unidade de internamento a nível nacional para a Convalescença e Reabilitação dos doentes com AVC, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, do HESE, EPE (SNS, 2019).

O internamento neste serviço abrange, maioritariamente, um tipo de população que apresenta compromissos da mobilidade de causa ortotraumática e neurológica, causados por inúmeras situações clínicas que causam alguma dependência na pessoa em questão e sobrecarga no contexto familiar (SNS, 2019).

1.2.1.Unidade de Convalescença

A Unidade de Convalescença é uma Unidade de internamento, independente e integrada no HESE, E.P.E, situada no quarto piso, na ala Sudoeste do Hospital destina-se à reabilitação de acidentes vasculares cerebrais e outras patologias que requerem intervenção de reabilitação, assim como local onde o utente aguarda a transição para outra unidade da RNCCI. Integra a RNCCI e é interdependente com os seus objetivos definidos no Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 junho e no Acordo celebrado para o efeito a 16 de outubro de 2007 entre a Administração Regional de Saúde do Alentejo I.P. e o Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E (D.R. n.º 109/2006, Série I-A , 2006).

Esta é uma Unidade que presta cuidados a nível do tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e cuidados de Enfermagem de Reabilitação no contexto de internamento hospitalar, ocasionado por situação clínica aguda, repetição ou descompensação de processo crónico. Integra o objetivo geral da RNCCI a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência (D.R. n.º 109/2006, Série I-A , 2006).

A Unidade de Convalescença tem por objetivos a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda temporária de autonomia potencialmente recuperável, de forma a reconquistar a sua independência funcional e adaptar e otimizar as suas expetativas, atendendo aos contextos sociais e familiares próprios e, por sua vez, o apoio aos cuidadores informais na respetiva apreciação e na prestação de cuidados (D.R. n.º 109/2006, Série I-A , 2006).

2. Estratégias de Intervenção Profissional

Neste capítulo, será realizada a fundamentação das estratégias de intervenção profissional que possibilitaram a evolução de competências quer de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação quer de mestre, particularmente o enquadramento concetual, objetivos, metodologia, resultados e discussão.

2.1. Modelo do Autocuidado e Cuidados de Reabilitação

O cuidado faz parte da vida do ser humano desde os primórdios da humanidade, como resposta ao atendimento às suas necessidades. Este inclui o processo de sobrevivência da vida humana associada. O cuidado declara-se na proteção do saudável dos cidadãos e obedece a uma conceção ética que reflita a vida como um bem valioso em si (Souza, Sartor e Prado, 2005).

O cuidado de enfermagem promove e repõe o bem-estar físico, psíquico e social e alonga as possibilidades de viver e se desenvolver, bem como as capacidades para reunir diferentes possibilidades de funcionamento exequíveis para a pessoa (Sousa et al., 2005).

Assim, o cuidar em enfermagem insere-se no âmbito da inalterabilidade, pois revela-se na prática com um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que ultrapassam o tempo da ação. O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e incumbe a duas áreas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser (Sousa et al., 2005).

As situações de dependência não estão limitadas a um determinado grupo etário, havendo pessoas dependentes de todas as idades, sendo o maior predomínio na população idosa. Na população mais jovem, a dependência surge na maioria dos casos associada a situações de deficiência congénita ou adquirida. Nos idosos, a dependência, resulta na maioria das vezes, como consequência do envelhecimento humano (Nogueira, 2009).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

A expressão dos enfermeiros não está apenas no ato praticado, mas também na capacidade de ir ao encontro do outro, a fim de caminharem no sentido de uma melhor saúde (Hesbeen, 2003).

O papel educativo do enfermeiro foi apreciado desde o início da enfermagem moderna, até hoje nos hospitais como instituições de saúde, ampliando a sua finalidade curativa, incluindo também o papel de prevenção e reabilitação (Rodrigues e Mendes, 2007).

A Reabilitação é um processo dinâmico, direcionado para a saúde, que assiste um indivíduo doente ou incapacitado para atingir o seu nível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e económico. O processo de Reabilitação auxilia a pessoa a atingir uma qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência. O destaque da Reabilitação está virado para a recuperação da independência, ou recuperação do seu nível de função ou incapacidade enquanto doente (Leite e Faro, 2005).

Segundo Hesbeen (2003, p.76), “o prestador de cuidados tem por missão tentar ajudar a pessoa a criar uma maneira de viver portadora de sentido para ela e que seja compatível com a situação em que se encontra, seja qual for o estado do seu corpo ou a natureza da sua afeção” Segundo o mesmo autor, a prática em reabilitação proporciona conhecimentos que contribuem para enriquecer qualquer prática dos cuidados (Hesbeen, 2003).

Os princípios da Enfermagem de Reabilitação promovem, assim, o envolvimento da pessoa e da sua família no planeamento e implementação de cuidados que têm como objetivo a autonomia e a gestão do autocuidado. Tem como objetivos gerais, de acordo com a Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, o melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (OE, 2010).

Conforme vem descrito na OE (2010), a Enfermagem de Reabilitação utiliza técnicas específicas de reabilitação que interferem na educação dos utentes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, confiando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida. Assim, os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação estão preparados para prestar cuidados

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

às pessoas com limitações no seu autocuidado, em situações transitórias de doença, como nas limitações resultantes do próprio envelhecimento do ser humano (Alves, 2012).

A enfermagem de reabilitação é uma área de especialização em enfermagem, que contribui muito para ganhos em saúde e é, atualmente, reconhecida conseguindo fazer a diferença, não importa o contexto, a função em que os enfermeiros trabalhem ou a fase de tratamento ou recuperação da pessoa que cuidam (Pestana, 2016; Santos, 2016).

A enfermagem de reabilitação pretende ajudar o utente a retomar, o mais precocemente possível, a sua independência dentro do seu estado geral, promover e incentivar o autocuidado através de orientações específicas e preparar o utente para uma vida com o máximo de qualidade possível (Leite e Faro, 2005).

O termo autocuidado tornou-se a base fundamental para várias teorias de médio alcance desenvolvidas e baseadas nas pesquisas e estudos efetuados, com o objetivo de envolver as práticas, os fatores que influenciam e o que resulta das intervenções de enfermagem no autocuidado. Perante o atrás referido, o autocuidado é definido como um conceito universal, onde estão agrupadas todas as atividades que promovem o benefício para garantir o bem-estar e a saúde, não se reunindo apenas nas atividades de vida diárias e instrumentais (Queirós, 2010).

Assim, Orem (2001) menciona que o autocuidado remete para todas as atividades que o indivíduo está apto a desempenhar para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar. Estas atividades estão fundamentadas no conjunto de comportamentos alcançados pelo indivíduo e a maneira como ele os utiliza para se conectar com o mundo, atendendo à sua dimensão cultural, social e cognitiva (Queirós, 2010). Desta forma, Orem afirma que as crenças, antecedentes sociais e culturais, características pessoais e relação entre os profissionais de saúde e os indivíduos são alguns dos agentes que afetam os comportamentos de autocuidado (Orem, 2001).

O comportamento de autocuidado refere-se às práticas que o indivíduo é capaz de desempenhar durante um determinado tempo com vista a manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar (Orem, 2001).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Assim, como descreve Orem (2001), o meio e a finalidade dos cuidados de enfermagem apoia-se no autocuidado, tendo como objetivo a melhoria do estado de saúde e ação da pessoa nas várias fases do seu ciclo de vida. Consequentemente, o seu modelo baseia-se nesses cuidados que asseguram a satisfação das necessidades de autocuidado.

Queirós (2010) acrescenta que este autocuidado é universal por envolver todos os aspetos vivenciais, não se limitando às atividades de vida diária e às instrumentais (AIVD).

Uma das teorias mais citadas na enfermagem é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, que incorpora o modelo de enfermagem proposto pela mesma. Partindo do pressuposto que qualquer teoria tem capacidade para difundir a disciplina e a ciência de enfermagem, pretendemos, com este artigo, abordar criticamente a TDAE. O autocuidado é o conceito central na TDAE. Para Orem (2001), este pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem, dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. Queirós (2010) acrescenta que este autocuidado é universal por abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às AIVD.

Orem considera a TDAE uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas, que são a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias, Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey e Alligood, 2002).

A TDAE compreende estas três teorias inter-relacionadas, e é uma síntese do conhecimento acerca do autocuidado (e cuidar dependente), das atividades de autocuidado (e de cuidar dependente), das necessidades de autocuidado terapêutico, do défice de autocuidado e da ação de enfermagem (Orem, 2001) (Queirós et al., 2014).

A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado é uma função humana reguladora que

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

as pessoas executam refletidamente por si próprias ou que alguém a execute por elas para manter a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (Tomey e Alligood, 2002).

Para Soderhamn (2000), a capacidade de autocuidado não é em si mesma um meio para manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar, mas sim uma potencialidade para a atividade de autocuidado como parte integrante do ser humano. A Teoria do Autocuidado constitui a base para alcançar as condições e as limitações da ação das pessoas que podem promover com a enfermagem, embora seja fundamental existir um ponto de equilíbrio entre o excesso e a necessidade de cuidado para que o indivíduo se consiga autocuidar (Queirós et al., 2014).

O défice de autocuidado, apesar de ser um conceito abstrato, quando representado em termos de limitações de ação, ajuda a compreender o papel da pessoa no autocuidado e dispõe de orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o assistam (Vitor et al., 2010).

Orem reconheceu na TDAE três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento, e de desvio de saúde. Requisitos estes que podem ser esclarecidos como os objetivos que necessitam ser obtidos por meio de ações de autocuidado executadas pela pessoa ou por terceiros, ou seja, correspondem aos grupos de necessidades identificadas pela mesma (Vitor et al., 2010).

Os requisitos universais têm os seus princípios no que é conhecido, que está validado ou em sistema de validação, sobre a integridade estrutural ou funcional humana em distintos níveis do ciclo vital, ou seja, são comuns a todas as pessoas. Os exemplos deste tipo de requisitos são: conservação de uma ingestão suficiente de água, ar e comida, a preservação do equilíbrio entre a atividade e o descanso. Os requisitos de desenvolvimento são todos aqueles que fazem progredir os processos de vida e amadurecimento, e precavam as condições prejudiciais, que a possam dificultar (Tomey e Alligood 2002).

Os requisitos de desvio de saúde persistem para os indivíduos que estão doentes ou incapacitados, que são portadores de patologias, incluindo deformidades, encontrando-se subjugados a um diagnóstico ou tratamento médico. As características dos desvios de saúde circunscrevem quais as necessidades de cuidado que os indivíduos sentem enquanto vivem o processo de doença (Queirós et al., 2014).

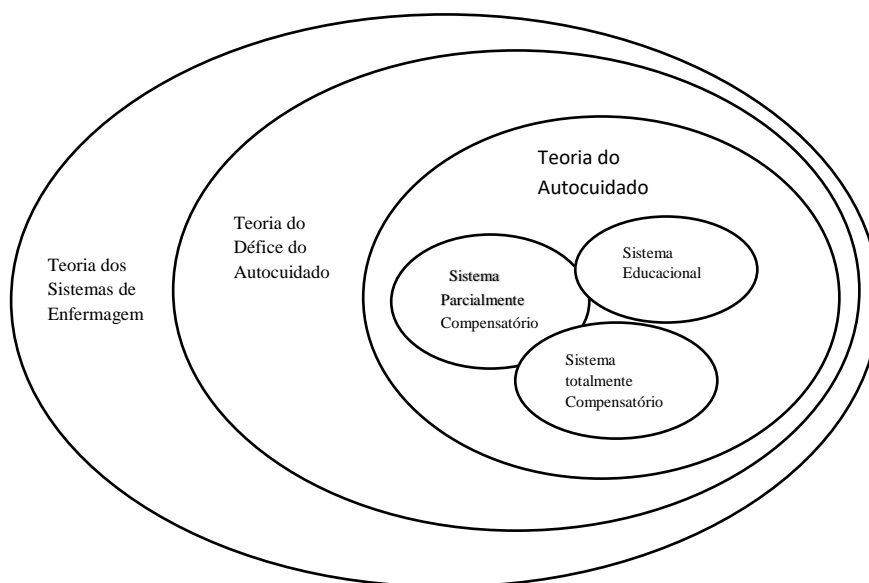
Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

De acordo com Orem, um agente de autocuidado terapêutico é descrito como um adulto com maturidade ou um adulto que concorda e executa a responsabilidade de conhecer e eliminar a necessidade terapêutica de autocuidado de outros indivíduos (Queirós et al., 2014).

Para Queirós (2010), estes agentes podem ser profissionais ou cuidadores informais dirigidos para o cuidar.

Segundo Orem, o processo de enfermagem é um sistema que admite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um planeamento e intervir. O método para orientar este processo está sujeito aos seguintes critérios: determinação dos requisitos de autocuidado, determinação da competência para o autocuidado, determinação da necessidade terapêutica, mobilização das competências do enfermeiro e planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem, representado na figura 1 (Queirós et al., 2014).

Figura 1. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem.



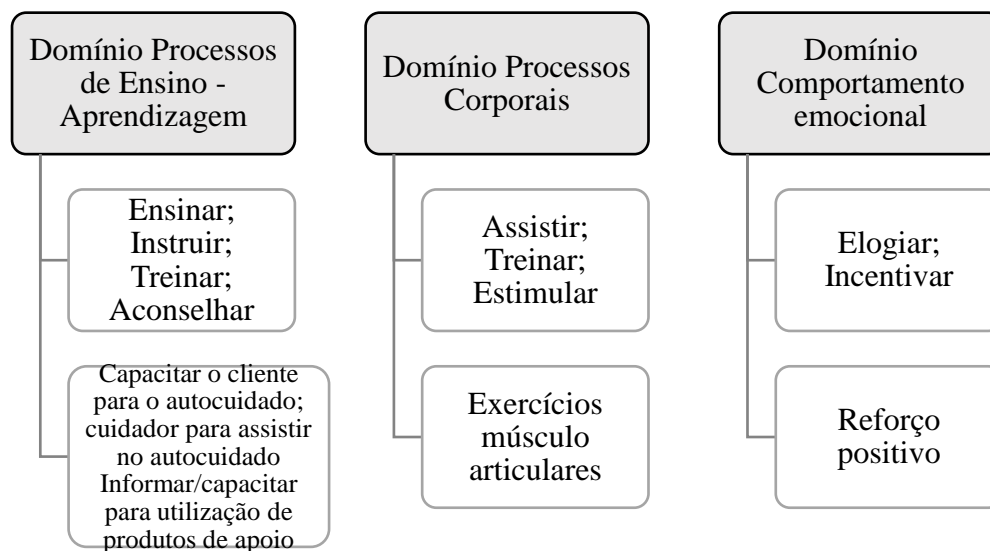
Fonte: Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed). St. Louis: Mosby.

No contexto deste trabalho, há necessidade de compreender e ponderar sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação na procura da máxima autonomia e independência possível para o autocuidado no domicílio.

Segundo Shi (2008), numa abordagem de cuidados continuados em indivíduos com patologias crónicas, existem três domínios que afetam o modelo de ação: o cognitivo, as respostas fisiológicas e o domínio emocional/espiritual. Perante a meditação deste modelo, com a experiência prática surge o quadro representado na figura 2. Observa-se que a intervenção do enfermeiro de reabilitação, na componente cognitiva, instala-se no domínio dos processos de ensino-aprendizagem, tanto do indivíduo como do cuidador familiar. A constituinte das respostas fisiológicas instala-se no domínio dos processos corporais e a componente emocional/ espiritual enquadra-se no domínio do comportamento emocional (Couto, 2012).

A intercessão no domínio dos processos de ensino-aprendizagem alegam a intervenções do tipo ensinar, instruir, treinar e aconselhar, utilizando como alvo quer o indivíduo, quer o cuidador familiar. Encaixam-se no âmbito da capacitação do indivíduo para o desempenho do autocuidado, capacitação do cuidador familiar para auxiliar a pessoa dependente no autocuidado, transmitir e habilitar indivíduo e cuidador familiar na aplicação de produtos de apoio (Petronilho, 2007).

Figura 2 – Intervenção de Enfermagem de Reabilitação



O processo ensino-aprendizagem resulta de forma sistematizado e envolve três fases: ensino/instrução e treino. A obtenção de competências, inicialmente, passa pelo ensino e este envolve-se em analogia com transferência de conhecimentos e capacidade, exibindo-se como uma transferência de informação teórica reunida no domínio cognitivo (Petronilho, 2007).

A segunda fase, a instrução, concentra-se na explicação e demonstração de técnicas, abrangendo o enfermeiro como modelo do cuidado. Na terceira fase, treinar, o indivíduo ou cuidador familiar, executa a tarefa e o enfermeiro fará a supervisão, esclarecendo dúvidas e fazendo, corrigindo se necessário. Na prática, é difícil dissociar estas três fases, acabando por ser trabalhadas em conjunto (Couto, 2012).

A enfermagem de reabilitação tem a sua intervenção em várias vertentes, desde as unidades hospitalares, aos centros de reabilitação ou mesmo no domicílio do utente. Face à reestruturação dos cuidados de saúde, o domicílio surge, cada vez mais, como local de intervenção de enfermagem de reabilitação. De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007), o domicílio é a residência oficial (permanente ou temporária) do cliente/família e/ou cuidador (Couto, 2012).

2.2. Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, em pessoas com 65 e mais anos em cuidados de longa duração – Revisão sistemática da Literatura

A Enfermagem de Reabilitação adota um papel fundamental na sociedade contemporânea na resposta ao acolhimento de novos paradigmas de doença crónica e dependência, incitados pelo envelhecimento demográfico, levando a pessoa idosa integrada na RNCCI a um défice de autocuidado (Lista e Fonseca, 2018). Assim, para cooperar e adicionar esforços à excelência dos cuidados de enfermagem de reabilitação, houve a necessidade de executar uma revisão sistemática da literatura (RSL) com o propósito de determinar os indicadores sensíveis aos cuidados e enfermagem de reabilitação a pessoas com 65 ou mais anos, em cuidados de longa duração, ao nível do autocuidado (Cirilo et al, 2015). Os indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação expõem a forma como estes enfermeiros contribuem para a saúde da população de forma a obter ganhos em saúde.

Objetivo

Identificar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao nível do autocuidado, em relação às pessoas com 65 ou mais anos, em cuidados de longa duração.

Metodologia

Desenvolveu-se uma Revisão Sistemática da Literatura, tendo para o efeito sido definida a seguinte questão de partida PICO: em relação às pessoas com 65 e mais anos (P) quais os indicadores sensíveis aos cuidados e enfermagem de reabilitação (I) , em cuidados de longa duração (O)?

Foi levada a cabo uma pesquisa em base de dados eletrónica, na EBSCO (CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; MedicLatina). As palavras-chave orientadoras utilizadas foram previamente validadas pelos descritores da *United States National Library of National Institutes of Health*, com a seguinte orientação: (functional OR functional

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

capacity OR functional status) And (nursing rehabilitation OR nursing OR nursing interventions) AND (activities of daily living OR self-care OR self-care management).

A seleção preliminar dos artigos foi realizada através da leitura do título e resumos. Posteriormente, foi realizada a leitura integral dos artigos com o intuito de responder à pergunta PI(C)O previamente estabelecida.


Foi demarcada a qualidade metodológica e a confiabilidade dos artigos através da análise crítica dos mesmos. Assim, recorreu-se ao nível de evidência apresentado, segundo Melnyk e Fineout-Overhold (2010) que indicam sete níveis de evidência: nível I (Referente a Revisões Sistemáticas da Literatura ou Metanálise), nível II (Estudos Randomizados controlados), nível III (estudo controlado com Randomização), nível IV (Estudo caso-controle ou estudo de Coorte), nível V (Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos), nível VI (Estudo qualitativo ou descritivo) e nível VII (Opinião ou consenso), (Melnyk, 2005), e à avaliação da qualidade metodológica de Briggs, integrando os artigos que satisfaziam mais de 50% dos critérios de qualidade segundo a JBI - QARI Critical Appraisal Tools e JBI – MASTARI Critical Appraisal Tools (Briggs, 2018).

As palavras foram procuradas em texto integral no período de tempo de 2008 a junho de 2018, tendo resultado 114 artigos no total. Consideramos que as revisões sistemáticas da literatura devem ter em conta a evidência dos últimos 5 anos. No entanto, considerámos o período temporal de 10 anos pelo facto de os primeiros estudos sobre esta questão, datarem de 2008 e, para avaliarmos os níveis de evidência, utilizámos o escalonamento em cinco níveis.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: artigos com foco na problemática dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação em relação às pessoas com 65 e mais anos de idade em cuidados de longa duração, com recurso a metodologia qualitativa, quantitativa, estudos de caso e revisão sistemática da literatura, que clarificassem os resultados sensíveis aos mesmos. Os critérios de exclusão incluíam todos os artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas duas bases de dados, com data anterior a 2008, sem relação com o objeto de estudo, ou que não descrevessem a intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com 65 e mais anos. O percurso metodológico levado a cabo encontra-se resumido na Tabela 1.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Quadro 3- Processo de pesquisa e seleção da revisão sistemática de literatura, Portugal, 2008 -2018

	Protocolo
	Identificação:
	<ul style="list-style-type: none">N ° de registos identificados através de banco de dados de pesquisa (CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; MedicLatina) - 309N ° de registos identificados em texto completo, ano 2008-2018 - 114
	Triagem:
	<ul style="list-style-type: none">N ° de registos duplicados e removidos - 42Nº de registos selecionados (título e resumo) - 25Nº de registos excluídos (título e resumo) – 47
	Critérios de Inclusão (leitura integral):
	<ul style="list-style-type: none">N ° de artigos em texto completo sem critérios de inclusão – 25N ° de artigos em texto completo com critérios de inclusão - 5
	Artigos Incluídos (níveis de evidência)
	Nível I ; Nível II ; Nível III- 1; Nível IV ; Nível V ; Nível IV; Nível VII

Resultados

Para tornar perceptível e clara a metodologia utilizada, explicita-se a listagem dos 5 artigos filtrados que constituíram o substrato para a elaboração da discussão e respetivas conclusões (Tabela 2)

Quadro 4- Análise dos artigos incluídos na revisão sistemática de literatura, Portugal, março de 2019

Autor / Nível de Evidência	Objetivos	Resultados
Autor: Preto L. ⁵ et al Metodologia: Estudo Randomizado Controlado Nível de evidência: II Participantes: 25 participantes distribuídos em dois grupos (GI e GC).	Avaliar a efetividade de um Programa de Enfermagem em Reabilitação utilizando atividade física de intensidade moderada sobre a aptidão funcional de idosos em cuidados de longa duração.	Observou-se um aumento significativo da força de preensão, força de flexão do braço, mobilidade, agilidade / equilíbrio dinâmico no GI. O GC não apresentou alterações significativas em nenhum dos componentes da aptidão funcional. Os resultados sugerem que os idosos do GI melhoraram a sua aptidão funcional.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

<p>Autor: Huanguang J.¹⁰ et al Metodologia: Estudo Randomizado Controlado Nível de evidência: II Participantes: Todos os veteranos diagnosticados com acidente vascular cerebral residindo em Unidades de longa duração da comunidade privada (CNH), entre 2006 e 2009. As Unidades de longa duração foram agrupadas em cinco regiões geográficas definidas pelo Departamento de Assuntos de Veteranos: as regiões do Atlântico Norte, Sudeste, Centro-Oeste, Continental e Pacífico.</p>	<p>Determinar a terapia de reabilitação e utilização de cuidados de enfermagem restauradores por veteranos com acidente vascular cerebral em cuidados de longa duração da comunidade privada, contratados pelo Departamento de Assuntos de Veteranos e avaliar variações regionais ajustadas ao risco na utilização de cuidados de enfermagem de reabilitação.</p>	<p>As taxas de utilização dos cuidados de enfermagem de reabilitação foram de 75,7% e 30,1%, respetivamente. Veteranos no CNH do Atlântico Norte e Sudeste foram significativamente mais propensos a receber terapias de reabilitação do que veteranos de outras regiões. No entanto, veteranos no sudeste CNHs foram significativamente menos propensos a receber cuidados de enfermagem de reabilitação em comparação com os veteranos em todas as outras regiões, antes e após o ajuste de risco.</p>
<p>Autor: Ingrid S.² Metodologia: Descritiva Nível de evidência: VI Participantes: Idosos que em domicílio possam ter reabilitação com a colaboração de cuidadores informais, assim como equipas de especialistas (geriatria, reabilitação e medicina).</p>	<p>Explorar que tipo de parceria e serviços de saúde poderia levar a uma oferta eficaz e eficiente de atendimento de reabilitação integrada para idosos com AVC na região de Deventer (NL).</p>	<p>Uma parceria alternativa eficaz pode ser alcançada otimizando a cadeia completa de cuidados de AVC por integração do sistema. Desta forma, as relações de conhecimento e cooperação existentes são mantidas intactas por, melhorar a força da inovação, de cuidados com o AVC, cooperação da equipa multidisciplinar dentro da unidade geriátrica e equipa de cuidados domiciliários, participação no desenvolvimento da reabilitação do AVC em domicílio. Para os idosos com AVC, o tratamento domiciliário, a integração e o suporte do cuidado informal contribuem para a sua experiência de qualidade de vida.</p>
<p>Autor: Simone K.⁴ et al Metodologia: Estudo de corte Nível de evidência: IV Participantes: Doentes que foram tratados entre os anos de 2009 e 2013 de três</p>	<p>Avaliar a eficácia da AGR (Avaliação Geriátrica de Reabilitação) em relação à progressão do doente para níveis mais elevados de cuidados de enfermagem, fraturas</p>	<p>As variáveis de resultado são a progressão para níveis mais altos de cuidados de enfermagem, internamentos em unidades de cuidados de longa duração, fraturas incidentais, internamentos hospitalares, internamentos hospitalares sensíveis à atenção do</p>

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

centros Mecklenburg-Vorpommern na Alemanha.	acidentais, internamentos em unidades de cuidados de longa duração, internamentos hospitalares, bem como custos de saúde.	ambatório, dias gastos no hospital e custos com assistência médica.
Autor: Marleen H. ⁴ et al Metodologia: Estudo Randomizado Controlado Nível de evidência: II Participantes: Doentes com AVC que permanecem em unidades de reabilitação (com abordagens diferentes de reabilitação) em duas unidades de cuidados de longa duração, onde será avaliado o funcionamento cognitivo dos pacientes, o nível de depressão (humor) e a ansiedade, e na AIVD.	O objetivo principal do presente estudo é investigar se um aumento no tempo de terapia tem uma influência benéfica sobre as várias dimensões da cognição de pacientes com AVC, na alta de unidades de reabilitação de cuidados de longa duração. O objetivo secundário é examinar se um aumento no tempo de terapia melhora o humor, e melhora as atividades da vida diária (AVD).	Este estudo mostra que as atividades terapêuticas numa unidade de reabilitação de cuidados de longa duração podem ser aumentadas com mais de 50 minutos por dia, quando os enfermeiros desempenham exercícios durante as suas rotinas diárias, os pacientes realizam 50% mais atividades terapêuticas durante o dia. Há evidência de que o exercício tem uma influência benéfica, entre outras, nas funções cognitivas em idosos sem demência. Funções cognitivas que respondem positivamente ao exercício são funções executadas em particular. As funções executadas incluem funções cognitivas de ordem superior, como planeamento, atenção, controle de impulsos e memória de trabalho.

Discussão dos Resultados

Analisou-se o efeito dos programas de liderança dos enfermeiros de reabilitação em relação aos processos de saúde, em idosos em unidades de longa duração. Observando diversos indicadores, percebeu-se a ação positiva em vários fatores como a atividade física, aptidão funcional, cuidados de enfermagem restauradores a veteranos com AVC em cuidados de longa duração, tipo de parceria e serviços de saúde em doentes com AVC, avaliar a eficácia da avaliação geriátrica de reabilitação e o benefício do tempo de terapia.

Da análise dos resultados obtidos nos artigos analisados, é notório que o papel do enfermeiro de reabilitação é crucial a vários níveis, quando se trata da implementação de

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

programas que visem a reabilitação, dando ênfase à atividade física, assim como cuidados de reabilitação restauradores e o tipo de parceria ou serviços de saúde poderiam ter uma resposta eficaz em termos de reabilitação em idosos com AVC. Quando surge uma deteção precoce do problema de saúde, deverá haver uma atuação imediata de forma a que o enfermeiro de reabilitação possa prevenir complicações existentes.

Quadro 5- Resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem de reabilitação, na pessoa em cuidados de longa duração

Estado funcional	Aumento da Reabilitação funcional (Preto et al 2016; Gomes et al 2016) Capacidade de retomar as atividades de vida diárias (Marleen et al, 2014; Arno et al 20014) Melhoria da força de preensão (Preto et al 2016; Novo et al 2016) Melhoria da força de flexão do braço (Novo et al 2016; Gomes et al 2016) Aumento da mobilidade e agilidade (Mendes et al 2016; Molina et al 2016) Aumento do equilíbrio dinâmico (Molina et al 2016; Novo et al 2016) Melhoria da aptidão funcional (Preto et al 2016; Molina et al 2016) Melhorar a força global (Ingrid et al 2017)
Estado cognitivo	Melhoria do conhecimento e perícia da pessoa (Marleen et al 2014; Erik et al 2014) Otimização dos cuidados das pessoas com AVC (Ingid et al 2017; Floris et al 2017)
Controlo de efeitos adversos	Diminuição da prevalência de Fraturas (Simone et al 2017; Carsten et al 2017) Necessidades sociais (Huanguang et al 2017; Diane et al 2017)
Auto-cuidado	Capacidade de autonomia (Marleen et al 2014; Peter et al 2014) Valorização das preferências individuais (Ingrid et al 2017; Kraan et al 2017) Satisfação com os cuidados de enfermagem (Arno et al 2014; Floris et al 2017)
Utilização dos serviços de saúde	Consultas de <i>follow-up</i> presenciais (Floris et al 2017; Ingrid et al 2017) Participação ativa no plano terapêutico (Qinglin et al 2017; Charles et al 2017; Samuel et al 2017) Planeamento da alta hospitalar (Caroline t al 2017; Jean-François et al 2017) Procura dos cuidados de saúde (Floris et al 2017; Carsten et al 2017) Diminuição dos internamentos hospitalares (Simone et al 2017; Caroline t al 2017) Redução dos custos hospitalares (Jean-François et al 2017; Caroline t al 2017)
Cuidados no domicílio	Apoio dos cuidados em casa (Ingrid et al 2017; Floris et al 2017) Aumento da reabilitação no domicílio (Minkman et al 2011; Ahaus et al 2011; Floris et al 2017) Aumento da qualidade de vida dos cuidadores (Huijsman et al 2011; Ingrid et al 2017) Diminuição custos (Carsten et al 2017; Caroline t al 2017) Diminuição dos cuidados de assistência médica (Ahaus et al 2011; Floris et al 2017) Aumento do número e tipo de AIVD (Erik et al 2014; Peter et al 2014)

No que diz respeito ao acompanhamento do utente, o enfermeiro de reabilitação tem uma influência crítica nos resultados do mesmo, através de uma observação e monitorização meticolosas, coordenação dos cuidados interprofissionais e da aplicação de práticas baseadas na evidência, promovendo, sempre que possível, a autonomia dos lesados.

Num dos artigos analisados, foi comprovado que o aumento do tempo terapêutico tem um efeito benéfico sobre a cognição, humor e atividades de vida diárias e também que o

exercício tem uma influência benéfica em idosos sem demência. As funções executadas incluem funções cognitivas de ordem superior, como planeamento, atenção, controle de impulsos e memória de trabalho.

É pois importante verificar se um aumento no tempo de terapia de reabilitação tem uma influência benéfica sobre as várias dimensões da cognição de idosos em cuidados de longa duração, independentemente da sua patologia e também na melhoria do humor, resultando numa melhoria nas AIVD. Percebe-se também que, para a implementação de novas intervenções na área da reabilitação, é necessária uma forte colaboração interprofissional. O enfermeiro tem, para além de tudo o que foi referido anteriormente, um papel fundamental no que diz respeito aos ensinamentos quer aos idosos, quer às famílias/pessoas significativas. O enfermeiro deve ter o cuidado de esclarecer todas as dúvidas que possam existir acerca das patologias, como por exemplo, o AVC, tendo em consideração cada pessoa como um ser único.

Conclusões

A supremacia dos cuidados, apenas pode ser acreditada quando os resultados são calculados e objetivos.

A qualidade dos cuidados ao utente em cuidados de longa duração, é uma garantia e preocupação dos profissionais de saúde. Perante, a execução desta revisão sistemática da literatura verificou-se que, os utentes em unidades de longa duração conseguem ganhos em saúde com as intervenções da enfermagem de reabilitação. Permitindo-se assim, identificar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Analisando os dados apresentados, as intervenções estruturadas dos cuidados de enfermagem de reabilitação, em pessoas com 65 e mais anos em cuidados de longa duração, possibilitaram-nos identificar 27 indicadores, dos quais se destacam: *o aumento da reabilitação funcional, capacidade de retomar as atividades de vida diárias, aumento da mobilidade e agilidade, aumento do equilíbrio dinâmico, melhoria da aptidão funcional, otimização dos cuidados das pessoas com AVC, capacidade de autonomia, satisfação com*

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

os cuidados de enfermagem, apoio dos cuidados em casa, aumento da reabilitação no domicílio.

Procurando ir ao encontro do anterior referido, foi perentório identificar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, com base nas evidências científicas e que possibilitem que os enfermeiros tenham uma prática refletiva e que dirijam as suas ações no sentido da sublimidade dos cuidados.

Esta competência conjecturou uma investigação dos ganhos em saúde, sensíveis às intervenções do EEER, num modelo de congruência selecionada pelos autores, com o desígnio do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências de mestre, segundo os regulamentos que as representam (Regulamento n.º 350/2015).

3. Metodologia

O estudo apresentado é descritivo e exploratório, tendo por base a metodologia qualitativa do estudo de caso (método de estudos de caso múltiplos) de Robert Yin (2003) conjuntamente com a teoria de médio alcance de Lopes (2006), baseada na Teoria do défice de autocuidado de Orem (Orem, 2001).

O estudo caso, com uma abordagem de pesquisa qualitativa, procura a explicação sistemática, completa e detalhada dos factos que ocorrem no contexto social e que, regulamente se relacionam com uma multiplicidade de variáveis (Yin, 2003).

Segundo Yin (2005), para os estudos de caso, o desenvolvimento da teoria como parte da fase inicial do projeto, é essencial para saber se o propósito decorrente do estudo de caso é desenvolver ou testar a teoria. Yin (2005) aborda as características gerais do desenho de estudos de caso, partindo do princípio que os casos podem ser únicos ou múltiplos, podendo também ser, simultaneamente, holísticos (com uma unidade de análise) ou incorporados (várias unidades de análise).

Conforme Yin (2005), o estudo de múltiplos casos contribui também para um estudo mais convincente, pois como referem (Rodríguez et al. 1999) este tipo de desenho permite contestar e contrastar as respostas obtidas de forma parcial com cada caso que se analisa. Segundo Yin (2005), é fundamental que o investigador reflita sobre as habilidades para a realização de estudos de caso, como experiência prévia, capacidade para fazer boas perguntas, capacidade de não se deixar levar pelos seus preconceitos e ideologias, flexibilidade para se adequar às situações adversas. O estudo caso apresenta vantagens como o estabelecimento de relações entre as variáveis e a contingência de conduzir à formulação de hipóteses (Fortin, 2009). Tem um real valor científico pelo seu carácter profundo de análise, das múltiplas observações a que dá lugar e dos comportamentos-tipo que permite isolar (Yin, 2003).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O estudo de caso contribui de forma inigualável para a compreensão dos fenómenos individuais, organizacionais, sociais e políticos (Yin, 2003), pois permite uma investigação que preserva as características holísticas dos fenómenos da vida real.

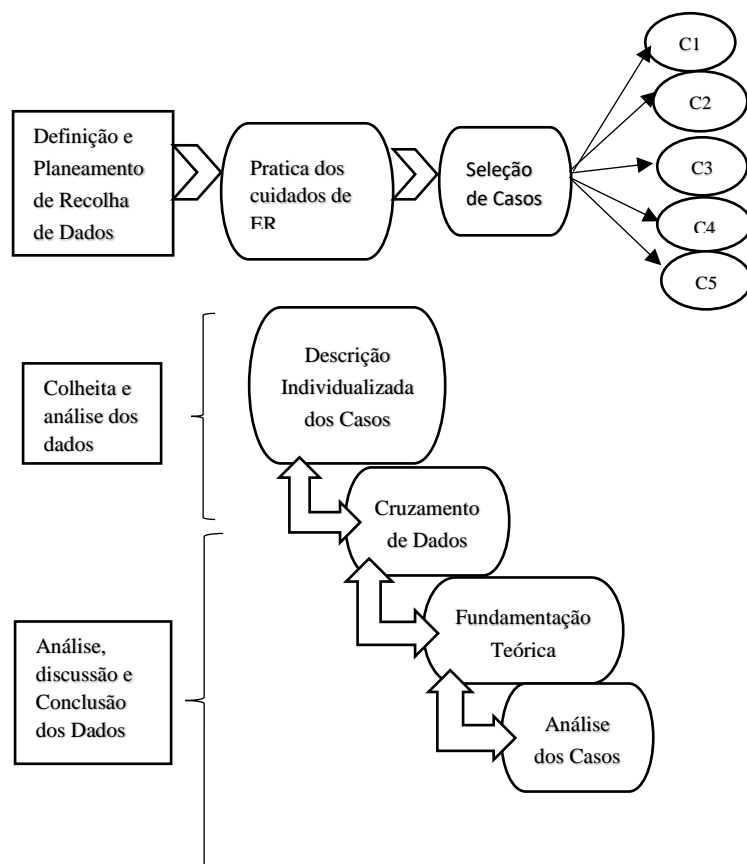
A amostra em estudo (quais os ganhos obtidos dos cuidados de enfermagem de reabilitação no idoso em RNCCI) ocorre num contexto de estágio (Unidade de Convalescença) onde decorreu o estágio final, procedendo a avaliações com instrumentos selecionados, no momento da admissão (A1) e no momento da alta (A2), das pessoas que atestaram os critérios de inclusão e que se apresentaram disponíveis a responder ao questionário apresentado.

Pretendendo uma maior variedade de dados, confrontar e contestar os resultados obtidos, considerando, deste modo, sobre as práticas de cuidados de reabilitação, optou-se por eleger o desenho do estudo de caso múltiplo, no seu total cinco estudos (Yin, 2003). Uma particularidade importante dos estudos de caso múltiplos é que permite o acesso a diferentes perspetivas referentes ao mesmo fenómeno, o que promove uma visão mais completa, holística e contextual (McDonnell e Read, 2000).

Yin (2003) sugere as seguintes fases: a definição e planeamento em seguida, a preparação, colheita e análise e, por fim, a análise e conclusão. Na fase inicial, deve-se atentar para o desenvolvimento de um protocolo, onde consista uma visão geral do projeto e definição de procedimentos a seguir. Nesta fase, são também escolhidos todos os casos. Na segunda fase, são colhidas todas as evidências de cada caso que constituirão o seu material. Na terceira e última fase, procura-se a categorização e classificação dos dados.

Assim, e de seguida, em primeiro lugar exporemos todo o planeamento do estudo (colheita de dados, participantes do estudo caso e considerações éticas). No subcapítulo seguinte, denominado de resultados, exporemos uma descrição e reflexão individual de cada caso, na discussão procederemos ao cruzamento de dados, concomitantemente com uma justificação teórica, nas notas conclusivas serão expostas as conclusões finais do estudo caso. O método de estudos de casos múltiplos, encontra-se ilustrado na figura n. °3.

Figura n.º 3- Metodologia do Estudo de caso múltiplo (adaptado de Yin, 2003)



A teoria de médio alcance de Lopes (2006) complementou o estudo, ajudando a perceber os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que as intervenções de enfermagem de reabilitação trazem. Esta teoria baseia-se na relação enfermeiro-doente.

Tal como recomenda Lopes (2006), no processo de criação de uma relação terapêutica que possibilite o desenvolvimento da confiança do doente e família em relação ao enfermeiro e aos cuidados prestados e, técnicas ensinadas e executadas, é efetuado um processo de avaliação diagnóstica e um processo de intervenção terapêutica de enfermagem. No processo de avaliação/reavaliação diagnóstica da situação, foram tidas em conta as perspetivas vivenciais, biomédicas e de ajuda do doente e família, sendo que o processo de intervenção

terapêutica de enfermagem abrangeu, não só as intervenções de enfermagem propriamente ditas, como a “interface destes com o grupo e a organização” (Lopes, 2006). Concretiza-se através da gestão de sentimentos e a gestão de informação (Lopes, 2006). Intrínsecos à prática da enfermagem de reabilitação, estiveram sempre dois momentos chave, a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica, que levaram à aquisição de ganhos em saúde. Estes dois momentos foram fundamentais para avaliar o utente e fazer uma análise dos resultados obtidos

3.1 Colheita de dados

A colheita de dados decorreu durante o estágio final, no período de 17 de setembro de 2018 a 23 de novembro de 2018. Segundo Yin (2003, p. 121) “qualquer descoberta ou conclusão em um estudo caso provavelmente será muito mais convincente e acurada se se basear em várias fontes de informação”. A colheita de dados é executada através da interação e observação do utente e família, tendo em conta o comportamento, atitude e percepções de cada indivíduo (Yin, 2003), dados objetivos retirados da avaliação física, registos do processo do utente e exames complementares de diagnóstico (ECD) pertinentes. A aplicação de várias fontes de evidência, por diferentes técnicas, à qual se dá o nome de triangulação, dá a ocasião para o pesquisador se dedicar a uma vasta multiplicidade de questões, conseguindo, deste modo, desenvolver linhas convergentes de investigação e obter, assim, uma melhor extensão na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo (Yin, 2003).

Segundo Fortin (2006), de forma a escolher o método de colheita de dados, o investigador deve ter em conta os objetivos que pretende atingir e adequar um método à obtenção dos seus objetivos para que, desta forma, possa selecionar o método ou o instrumento para a colheita de dados, o processo do utente.

Considerando a especificidade da problemática, determinou-se assim usar a triangulação de dados a partir de dois instrumentos de recolha de dados, o Elderly Core Set (ENCS) (Fonseca e Lopes, 2014) e a Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011) bem como a utilização de observação participante com registos em folha própria e consulta de documentos.

O principal instrumento de avaliação, utilizado neste estudo, foi o ENCS, por conter indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, tendo como objetivos avaliar a

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

funcionalidade das pessoas, as necessidades de enfermagem em vários contextos de cuidados, avaliar os resultados da aplicação de um programa de reabilitação e definir necessidades de cuidados de enfermagem, segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade (OMS, 2004), (Fonseca e Lopes, 2014).

É composto por 29 códigos e tem propriedades psicométricas, uma variância total explicada de 66,46% kaiser-meyer-olkin (KMO)= 0.923, demonstrando uma elevada correlação inter-itens da escala. Mostra códigos relativos às funções do corpo; às estruturas do corpo; atividades e participação; códigos para os fatores ambientais. Calcula as seguintes proporções: autocuidados, aprendizagem e funções mentais (globais e específicas), comunicação, relação com amigos e familiares, dor, funções do aparelho respiratório e estruturas da pele (Fonseca e Lopes, 2014).

O conceito de autocuidados, no ENCS (Fonseca e Lopes, 2014), integra doze códigos, que são: lavar-se, vestir-se, cuidar de partes do corpo, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, andar, realizar a rotina diária, manter a posição do corpo, mudar a posição básica do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, utilização da mão e do braço, beber e comer. O conceito de aprendizagem e funções mentais é constituído por seis códigos: funções emocionais, funções da orientação, funções da atenção, funções da memória, funções da consciência e funções cognitivas de nível superior. A comunicação integra quatro códigos: falar, conversação, comunicar e receber mensagens orais e relacionamentos familiares. Por fim, o conceito de relação com amigos e cuidadores é constituído por três códigos: prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, profissionais de saúde e amigos (Fonseca e Lopes, 2014). A resposta a cada um dos códigos faz-se através de escala Likert com 5 pontos (1. Não há problema: 0-4%; 2. Problema ligeiro: 5-24%; 3. Problema moderado: 25-49%; 4. Problema grave: 50-95%; 5. Problema completo: 96-100%).

Durante as intervenções realizadas, registámos descrições das pessoas e dos profissionais, que julgámos importantes, vislumbrando um melhor reforço na descrição e compreensão da análise e discussão dos resultados estatísticos. As notas de campo são dados qualitativos que conduzem a expressões, sentimentos e opiniões das pessoas, no que diz respeito à sua experiência da reabilitação. Segundo Polit et al. (2004), as notas de campo podem ser descrições objetivas de eventos e conversas, registadas de maneira tão completa quanto possível.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

A MIF, versão Portuguesa, que a Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2011) recomenda na sua norma nº 054/2011 de 27/12/2011, apareceu como uma informação adicional, pois tem como objetivo avaliar o grau de capacidade/incapacidade funcional, desempenho da pessoa, nas necessidades de cuidados para as funções motoras e cognitivas da vida diária (Lall et al 2017). Trata-se de instrumento com a finalidade de avaliar independência funcional, independentemente dos défices apresentados pela pessoa (Lall et al., 2017).

A MIF é um instrumento de avaliação válido e fiável, adaptado para a língua portuguesa. Tem uma escala com sete níveis que representam graus de funcionalidade, variando da independência à dependência. A classificação baseia-se na necessidade, ou não, do auxílio de outra pessoa e a proporção necessária. É constituída por 18 itens, que se subdividem em seis domínios: autocuidados; controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social. Em cada item pode ser avaliada a funcionalidade, numa escala de sete níveis de pontuação, que vai desde de um ponto (dependência completa) a sete pontos (independência completa). A pontuação máxima é de 126 pontos que correspondem a independência completa e o mínimo de 18 pontos, que representam dependência completa nas áreas avaliadas., 19 a 60: dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas); 61 a 103: dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas); e 104 a 126: independência completa/modificada (Hoeaman, 2011; Assis, 2015; DGS, 2011).

Foi aplicado o instrumento ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e a MIF (DGS, 2011) em dois momentos: a avaliação inicial feita ao utente, e no momento da alta clínica/transferência de serviço. Foram utilizados estes instrumentos para supervisionar a evolução da pessoa durante os cuidados de reabilitação, bem como a eficiência e eficácia do programa de reabilitação instituído para a pessoa com défices motores e neurológicos (OE, 2016).

Atendendo à observação da pessoa que está a executar o estudo, esta foi realizada durante a prestação de cuidados de reabilitação. As observações são meios privilegiados para medir comportamentos humanos ou acontecimentos, produzindo grandes quantidades de dados (Fortin, 2009).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Outros dados foram extraídos através da consulta do processo clínico do utente, nomeadamente, dos planos de cuidados e notas de evolução feitas ao longo de todo o internamento.

3.2. Participantes no Estudo Caso

Os participantes selecionados para este estudo de casos múltiplos foram utentes internados na Unidade de Convalescença onde decorreu o estágio final, os quais foram alvo de cuidados de reabilitação. No total, a amostra é constituída por cinco participantes, todos eles idosos, com comprometimento do autocuidado, com potencial hipótese de ingressar numa unidade da RNCCI. Neste âmbito, optou-se por amostragem intencional, que é uma estratégia na qual o investigador conhece a população e os seus elementos (Haber, 2001). A amostra é constituída à medida que os indivíduos se apresentam, até que o número pretendido se atinga (Fortin, 2006).

Efetuuou-se uma caracterização sociodemográfica antecipada dos participantes, considerando as seguintes variáveis de caracterização: idade, género, nacionalidade, estado civil, agregado familiar, nível de escolaridade, profissão e local de residência. Para assegurar a sua privacidade, utilizámos letras e números. Foram utilizadas as letras C e os números até 5, número total de participante, como se apresenta no quadro nº3 (Vieira, 2004).

Quadro n.º6 Dados Sociodemográficos.

Estudos de caso	C1	C2	C3	C4	C5
Idade	76 anos	68 anos	76 anos	66 anos	65 anos
Género	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Estado civil	Casada	Casada	Casada	Casada	Divorciada
Agregado familiar	Vive com o esposo	Vive com o esposo	Vive com o esposo	Vive com o esposo	Vive sozinha
Nível de escolaridade	9ª ano	9ª ano	4ª classe	4ª classe	Ensino Superior
Profissão	Doméstica	Doméstica	Reformada (trab. rural)	Doméstica	Reformada
Residência	Évora	Montemor-o-Novo	Stº António Capelins;Al	Évora	Évora

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Na observação sociodemográfica, verificámos que a média de idades dos utentes apresentava-se nos 70,2 constatando-se que as utentes mais velhas são duas senhoras com 76 anos de idade e a mais nova é uma senhora com 65 anos de idade, a predominância é do sexo feminino. Constatamos que todos os utentes são de nacionalidade portuguesa e, na sua maioria, casados sendo, o nível de escolaridade a 4ª classe e o 9º ano. No que diz respeito à ocupação laboral, a maioria são domésticas.

Atendendo ao estudo em questão, esteve sempre implícita a ética no cuidar, sendo que a investigação científica é uma atividade de enorme responsabilidade ética, pelas particularidades que lhe são intrínsecas. Releva-se a importância da investigação em enfermagem e, se se considera os princípios éticos gerais que lhe aplicam, mais se amplia, pois que, mercê do posicionamento como ciência humana, os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pelos direitos e integridade das pessoas (Nunes, 2013).

Segundo, O International Council of Nurses (ICN), em Diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, deu enfoque peculiar à integridade na investigação, às questões ligadas à vulnerabilidade em relação aos direitos humanos e aos grupos vulneráveis.

De acordo com estas diretrizes, são seis os princípios éticos que devem guiar a investigação: o da beneficência, *fazer o bem*, para o próprio participante e para a sociedade note-se aqui, o primado da pessoa humana; o da avaliação da maleficência, sob o princípio de *não causar dano*, e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis; o da fidelidade, o princípio de *estabelecer confiança* entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação o da justiça; o princípio de *proceder com equidade* e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro; o da veracidade, seguindo o princípio ético de *dizer a verdade*, informando sobre os riscos e benefícios, associa-se ao consentimento livre e esclarecido; o da confidencialidade, o princípio de *salvaguardar* a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. (Nunes, 2013).

No respeito pela dignidade e liberdade, foram explicados a todos os utentes o estudo, o procedimento associado ao tratamento e o armazenamento dos dados, bem como a possibilidade da recusa ou interrupção da sua participação (Mariz, 2005). Todas as

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

intervenções de enfermagem de reabilitação só foram efetuadas depois da pessoa em causa ter dado o seu consentimento, de forma livre e esclarecida (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001). Os utentes foram sempre informados do plano de reabilitação, o porquê, como, e os resultados que se pretendiam. Os dados são apresentados neste relatório de forma a que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido. Pautando pelo respeito das reais necessidades da pessoa em processo cirúrgico, foram planeados os cuidados, tendo em conta, além da vontade manifestada, as suas crenças e costumes culturais, os seus valores e os seus projetos de vida (Deodato, 2016).

Para a investigação em curso, solicitou-se o parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Área da Saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora, tendo-se obtido um parecer positivo a 21 de setembro de 2018 (Anexo I). Aos participantes, providos de respeito, dignidade e liberdade, de uma forma natural, foi-lhes esclarecido o processo associado à recolha de dados, garantindo que estes seriam usados unicamente para o estudo, procedendo-se depois à sua destruição, bem como a hipótese de recusa ou interrupção da sua participação (Mariz, 2005). Em seguida, realizaram a assinatura do documento de consentimento livre e esclarecido (Momborg, 1998; Fortin, 2006).

Deste modo, a identificação dos participantes foi efetuada através de um código especificamente concebido para este estudo, criado de forma a não permitir a identificação do titular dos dados. Assim, a solução da codificação só é conhecida pelos investigadores, não sendo usados códigos que sucedam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição desse tipo de dados (Momborg, 1998; Fortin, 2006).

Os utentes foram sempre esclarecidos do plano de reabilitação, o porquê, como, e os resultados que se pretendiam.

3.3 Resultados

Seguindo a primeira fase de Yin (2003), que preconiza a realização de uma descrição e reflexão do estudo de caso, são apresentados seguidamente os estudos de caso desenvolvidos:

Estudo de caso C1:

Utente do sexo feminino, com 76 anos, raça caucasiana, vive com o marido, sendo previamente independente na realização de todas as AVDs. Trata-se de uma utente transferida do Hospital de S. José (HSJ) para o Hospital do Espírito Santo Évora (HESE). Sofreu queda no domicílio, da qual resultou traumatismo maxilo-facial, traumatismo crânio encefálico e traumatismo cervical. À entrada, no serviço de urgência, queixava-se de dor cervical e perda de força nos membros superiores e inferiores. Fez TAC cervical o qual revelou: fratura linear da apófise espinhosa de C5; listese C3-C4 grau I, sem imagens de outras fraturas ou luxações. Em RM realizada no HSJ, apresentava ligeiro foco de contusão e compressão. Após melhoria do caso, foi-lhe dada alta para o domicílio, com indicações de: analgesia, reabilitação fisioterapia e vigilância de sinais vitais. Por questões sociais, a utente ficou no serviço de urgência do HESE. Tem como antecedentes pessoais: diabetes mellitus, anemia normocítica, bronquiectasias, apneia do sono com indicação para OLD que não tolera, colite ulcerosa do colon com ANA positivo, displasia gástrica, colestase ligeira, hérnia do hiato, doença venosa periférica, prótese do joelho à esquerda, simoidetomia por diverticulose, colecistectomia, apendicectomia, oclusão intestinal por bridas, histerectomia vaginal e cataratas. É alérgica ao nolutil. Posteriormente, foi transferida para o serviço de Unidade de Convalescença onde realizou um plano de reabilitação que incidiu, essencialmente, na recuperação da força dos quatro membros e na marcha, tendo tido alta um mês depois, com movimentos ativos em todos os seguimentos articulares e a deambular com o auxílio de canadianas, para o domicílio.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 7 e 8.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Quadro nº7- ENCS aplicado ao estudo de caso C1:

	Avaliação diagnóstica	Após intervenção de ER
Funcionalidade geral	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (18%)
Autocuidado	Problema moderado (48%)	Problema moderado (29)
Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (13%)
Comunicar	Problema ligeiro (6%)	Não há problema (0%)
Relação com amigos e cuidadores	Problema moderado (33%)	Problema moderado (25%)

Após um programa de enfermagem de reabilitação individualizado o utente apresentou melhoria ao nível da funcionalidade, passando de um *problema moderado* com 33% para um *problema ligeiro* de 18%. Foi na aprendizagem e funções mentais que o utente obteve mais ganhos passando de um problema moderado com 33% para um problema ligeiro com 13%. Em seguida, observaram-se ganhos significativos na comunicação e na capacidade para os autocuidados

Quadro nº8- MIF aplicada ao estudo de caso C1

Datas de avaliação	1ª avaliação diagnóstica (17.09.2018)	2ª avaliação (após intervenção de ER) 23.09.2018
Autocuidados	28	32
Controlo de esfíncteres	10	14
Mobilidade - transferências	7	17
Locomoção	11	12
<u>MIF motora</u>	56	75
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	19	20
<u>MIF cognitiva</u>	33	34
Total	89	109

Na MIF (DGS,2011) também observamos ganhos nos autocuidados, passando de um score de 89 para 109%.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso C2:

Utente do sexo feminino com 68 anos, raça caucasiana, vive com o marido, sendo previamente independente na realização de todas as AVDs. Recorre ao serviço de urgência do HESE por queda de própria altura, com trauma direto da coxa esquerda, da qual resultou fratura da diáfise do fémur esquerdo. Utente encaminhada para o bloco operatório onde foi submetida a colocação de tração esquelética com 6 Kg no membro inferior esquerdo. Após cirurgia, deu entrada no serviço de ortopedia onde colocaram tala de Braun, extremidades sem alterações neurocirculatórias aparentes. Após cerca de 12 dias, foi novamente intervencionada no bloco operatório, onde foi submetida a encavilhamento affixus do fémur esquerdo, sem intercorrências. Iniciou plano de reabilitação, com levantes para o cadeirão, com indicação médica para não fazer carga no membro operado. Apresentava sutura operatória em vias de cicatrização, e suturas do local de inserção dos pinos da tração esquelética também em vias de cicatrização. Apresentava ainda edema da coxa sem outras alterações neurocirculatórias aparentes. Tinha como antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2 e patologia lombar degenerativa. Foi-lhe dada, no serviço de ortopedia, alta a aguardar resolução social e, posteriormente, foi transferida para o serviço de Unidade de Convalescença, onde continuou o seu plano de reabilitação, tendo-lhe sido, mais tarde, dada indicação para realizar carga virtual no membro operado. Apresentava limitação articular a nível da anca e do joelho esquerdo. Deslocou-se enquanto internada em cadeira de rodas com apoio de terceiros. Teve alta para uma unidade de convalescença.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 9 e 10, respetivamente.

Quadro nº9- ENCS aplicado ao estudo de caso C2

	Avaliação diagnóstica	Após intervenção de ER
Funcionalidade geral	Problema moderado (34%)	Problema ligeiro (19%)
Autocuidado	Problema grave (52%)	Problema moderado (35%)
Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (8,3%)
Comunicar	Problema ligeiro (13%)	Não há problema
Relação com os amigos e cuidadores	Problema moderado (25%)	Problema ligeiro (17%)

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Analisando, na generalidade, os ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação, observam-se resultados positivos na recuperação da capacidade funcional, passando de um *problema moderado* para um *problema ligeiro*. Nos autocuidados também houve uma evolução positiva, passando de um problema grave, com 52%, para um problema moderado com 35%. Na comunicação, onde existia um problema ligeiro, passou à não existência de problema. Foi na aprendizagem e funções mentais que o utente obteve mais ganhos, passando de um problema moderado com 33% para um problema ligeiro com 8,3%.

Quadro nº10- MIF aplicada ao estudo de caso C2

Datas da avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 17.09.2018	2ª avaliação(após intervenção de ER) 27.09.2018
Autocuidados	23	25
Controlo de esfíncteres	14	14
Mobilidade-transferências	11	13
Locomoção	4	5
<u>MIF motora</u>	52	57
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	17	19
<u>MIF cognitiva</u>	31	33
Total	83	90

Estudo de caso C3:

Utente do sexo feminino com 76 anos, raça caucasiana, vive com o marido, sendo previamente independente na realização de todas as AVDs. Utente que recorreu ao serviço de urgência, tendo-lhe sido diagnosticado AVC isquémico. Foi transferida para o serviço de medicina, onde permaneceu até ser transferida para o serviço de Unidade de Convalescença, onde entrou com o diagnóstico de status pós AVC isquémico. Tem como antecedentes pessoais, hipertensão arterial, colecistectomia e síndrome vertiginosa. Foi-lhe delineado um plano de reabilitação de encontro às necessidades da utente, tentando recuperar as suas capacidades remanescentes. Os resultados desta reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho que foi desenvolvido por toda a equipa, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar. O Enfermeiro de reabilitação esteve sempre presente ao longo de todo o processo de recuperação, promovendo o papel ativo do doente

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

e da sua família, favorecendo a parceria, participação e continuidade de cuidados no decorrer de todo o processo. A utente, ao longo do internamento, fez grandes progressos, pois começou a deambular em cadeira de rodas e em pouco tempo passou a deambular com auxílio de bengala. Tinha apenas uma condicionante que era o seu síndrome vertiginoso o que, por vezes, a impedia de andar, sendo fundamental a continuação da toma da medicação para esta patologia. Teve alta para o domicílio com o apoio de familiares.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 11 e 12, respetivamente.

Quadro nº11- ENCS aplicado ao estudo de caso C3

	Avaliação Diagnóstica	Após intervenção de ER
Funcionalidade geral	Problema moderado (40%)	Problema ligeiro (19%)
Autocuidado	Problema grave (54%)	Problema moderado (33%)
Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (42%)	Problema ligeiro (8%)
Comunicar	Problema ligeiro (13%)	Problema ligeiro (6%)
Relação com amigos e cuidadores	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (17%)

Analisando, na globalidade os ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação, observam-se resultados positivos na recuperação da capacidade funcional, passando de um problema moderado com 40% para um problema ligeiro com 19%. Nos autocuidados a utente obteve ganhos, embora não muito significativos, pois passou de um problema grave (54%) para um problema moderado (33%). Foi na aprendizagem e funções mentais que a utente obteve mais ganhos, passando de um problema moderado (42%) para um problema ligeiro (8%).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Quadro nº12- MIF aplicada ao estudo de caso C3

Datas da avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 17.09.2018	2ª avaliação (após intervenção de ER) 27.09.2018
Autocuidados	21	24
Controlo de esfíncteres	12	13
Mobilidade - transferências	11	14
Locomoção	7	8
<u>MIF motora</u>	51	59
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	15	17
<u>MIF cognitiva</u>	29	31
Total	80	90

Estudo de caso C4:

Utente do sexo feminino, raça caucasiana, vive com o marido, sendo anteriormente independente em todas as AVDs. Utente que recorreu ao serviço de urgência, por diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo, tendo-lhe sido diagnosticado AVC isquémico do hemisfério direito. Após a sua permanência no serviço de urgência, foi transferida para a Unidade de AVC. Tem como antecedentes pessoais, hipertensão arterial medicada mas não controlada, dislipidémia, ansiedade, obesidade, histerectomia em 2012 e refere alergia às Estatinas. Apresentava hemiparesia esquerda de predomínio crural, sem alterações da sensibilidade, pupilas isocóricas e isoreativas sem alteração dos movimentos oculares, discreta paresia facial esquerda, sem alterações do discurso e sem alterações do reflexo de deglutição. Após quatro dias de permanência na Unidade de AVC, foi transferida para o serviço de especialidades médicas e, dois dias depois, transferida para a Unidade de Convalescença onde, ao longo do internamento, fez grandes progressos ao nível de reabilitação, acompanhada na sua recuperação por um enfermeiro especialista em reabilitação, apesar de esta recuperação depender de uma coordenação e inter-relação do trabalho que foi desenvolvido por toda a equipa. A utente seguiu o plano de reabilitação, passando da cadeira de rodas para o deambular com apoio unilateral. Ficou independente nos autocuidados comer, higiene, vestir e despir e eliminação. Teve alta para o domicílio, já a deambular sem apoio.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 13 e 14, respetivamente

Quadro nº13- ENCS aplicado ao estudo de caso C4

	Avaliação Diagnóstica	Após intervenção de ER
Funcionalidade geral	Problema moderado (30%)	Problema ligeiro (16%)
Autocuidado	Problema moderado (25%)	Problema moderado (27%)
Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (46%)	Problema ligeiro (12%)
Comunicar	Problema ligeiro (12%)	Problema ligeiro (6%)
Relação com amigos e cuidadores	Problema moderado (33%)	Problema moderado (33%)

Confirmamos que a Sr^a C4, a nível da funcionalidade, apresentava de início um problema moderado (30%) tendo alterado para um problema ligeiro (16%), obtendo alguns ganhos sensíveis, embora não muito significativos. No autocuidado, apresentava um problema moderado nos dois momentos de avaliação. Em relação á aprendizagem e funções mentais, houve ganhos razoáveis tendo de início um problema moderado (46%) passando para um problema ligeiro (12%). No comunicar apresentou um problema ligeiro, assim como na relação com os amigos e cuidadores manteve um problema moderado.

Quadro nº14- MIF aplicada ao estudo de caso C4

Datas da avaliação	1ªavaliação (diagnóstica) 24.10.2018	2ª avaliação (após intervenção de ER) 28.10.2018
Autocuidados	34	30
Controlo de esfínteres	12	14
Mobilidade - transferências	16	15
Locomoção	0	0
<u>MIF motora</u>	62	59
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	20	20
<u>MIF cognitiva</u>	34	34
Total	96	93

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Estudo de caso C5:

Utente do sexo feminino, raça caucasiana, divorciada, sendo anteriormente independente em todas as AVDs. Recorre ao serviço de urgência por dormência da hemiface direita e braço direito, cumprindo ordens e com discurso coerente e orientado (realizou Angio TAC). Na segunda observação da utente, constatou-se que o seu estado se tinha agravado, ficando com hemiparesia no membro superior direito e parestesias no membro inferior direito (região distal). Nessa altura, fez TAC que se encontrava sobreponível ao exame anterior. Foi ativada via verde AVC e, de seguida, foi internada na unidade de AVC, com o diagnóstico de AVC isquémico do território profundo da ACM esquerda. Tem como antecedentes pessoais, hipotireoidismo, ansiedade e estava medicada para ambos. Encontrava-se consciente e orientada no tempo e espaço. Apresentava apagamento do sulco nasogeniano direito, e hemiparesia direita. Sem dismetrias nas dedo-nariz e calcanhar-jelho à esquerda, mas com dismetrias à direita. Sem alterações da linguagem ou discurso nem da deglutição. Após oito dias de internamento na unidade de AVC, foi transferida para a unidade de convalescença, onde lhe foi implementado um programa de reabilitação com a enfermeira especialista em reabilitação, e restante equipa, programa esse que a utente cumpriu. Nesta fase, a utente deambulava com apoio unilateral. Apresentava-se parcialmente dependente no autocuidado higiene, vestir e despir e eliminação, e independente no autocuidado comer. Teve alta para o domicílio com o apoio de familiares.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 15 e 16, respetivamente

Quadro nº15- ENCS aplicado ao estudo de caso C5

Datas da avaliação	Avaliação Diagnóstica	Após intervenção de ER
Funcionalidade geral	Problema moderado (29%)	Problema ligeiro (16%)
Autocuidado	Problema moderado (45%)	Problema moderado (29%)
Aprendizagem e funções mentais	Problema ligeiro (20%)	Problema ligeiro (12%)
Comunicar	Problema ligeiro (12%)	Problema ligeiro (6%)
Relação com amigos e cuidadores	Problema moderado (25%)	Problema moderado (25%)

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Após um programa de enfermagem de reabilitação individualizado, a utente apresentou melhoria ao nível da funcionalidade. Contudo, foi no autocuidado onde apresentou mais ganhos, apesar de apresentar um problema moderado. Na aprendizagem e funções mentais, comunicar e relação com os amigos e cuidadores manteve sempre o mesmo tipo de problema embora com alguns ganhos após a intervenção do enfermeiro de reabilitação

Quadro nº16- MIF aplicada ao estudo de caso C5

Datas da avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 23.10.2018	2ª avaliação (após intervenção de ER)26.10.2018
Autocuidados	31	27
Controlo de esfíncteres	10	8
Mobilidade - transferências	15	12
Locomoção	4	4
<u>MIF motora</u>	60	51
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	21	21
<u>MIF cognitiva</u>	35	35
Total	95	86

3.4. Discussão

Após a análise dos dados obtidos, concluímos que em todos os casos apresentados houve um aumento da funcionalidade, bem como do autocuidado, aprendizagem e funções mentais, comunicar e relação com os amigos e cuidadores. Segundo Orem (2001), o autocuidado é concetualizado como atividade, comportamento e também como resultado sensível dos cuidados de enfermagem (Sidani, 2011). A atividade de autocuidado refere-se à capacidade da pessoa iniciar e desempenhar ações que se destinam a cuidar de si próprias, envolvendo assim o domínio cognitivo (conhecimento da condição da saúde e capacidade cognitiva), o domínio físico (capacidade física para suportar ações de autocuidado), o domínio emocional

ou psicossocial (atitudes, valores, desejos, motivação e competência percebida), o domínio comportamental (destreza necessária para desempenhar comportamentos de autocuidado) (Sidani, 2011).

Para melhor interpretação e discussão, procedemos à análise das intervenções sensíveis de enfermagem de reabilitação, juntas na capacitação para o autocuidado que intensificaram cada domínio, os efeitos sensíveis de Enfermagem de Reabilitação, os indicadores que se alcançaram de um modo geral e qual foi o prognóstico baseado em ganhos sustentada pelos utentes e famílias, neste contexto. É fundamental comparar as intervenções realizadas e os resultados obtidos com o estado da arte existente, possibilitando responder aos objetivos traçados.

Domínio físico

Em consequência das situações clínicas, as pessoas destes estudos-casos, apresentavam um défice de autocuidado terapêutico, completo ao nível do autocuidado, na Unidade de Convalescença.

No que se refere ao domínio físico, observamos que os utentes da Unidade de Convalescença (C1, C2, C3, C4 e C5) apresentavam limitações funcionais moderadas, essencialmente ao nível da mobilidade, com consequências nos autocuidados. Segundo a OE (2013), a alternância permanente entre a atividade e o repouso é uma condição fundamental da vida humana, e a atividade fisiológica normal do organismo é assegurada através da mobilidade, sendo esta dependente do bom funcionamento dos diversos sistemas. A mobilidade é, assim, essencial para o desempenho das atividades de vida diária e para garantir não apenas as necessidades da pessoa, mas também, para alcançar as necessidades psicossociais elevadas que envolvem a qualidade de vida (OE,2013; Fricke, 2010).

A mobilidade funcional pode estar alterada em consequência da situação física ou clínica, resultante de determinadas patologias. Atualmente, e com o progredir do conhecimento científico na área das ciências da saúde, é possível uma mobilização mais precoce, minimizando o fenómeno ligado às alterações da mobilidade/síndrome da imobilidade, podendo estas ter consequências mais graves do que a patologia que as

originou, transformando uma redução da capacidade funcional temporária em incapacidade (OE; 2013).

O estado de saúde e o bem-estar da pessoa podem ser afetados de forma positiva ou negativa pela estabilidade ou por alterações nas condições físicas ou biológicas do ambiente, disponibilidade de recursos de manutenção da vida como a água, comida, abrigo, roupas, pelas condições sociais, culturais e políticas e, também, pelas mudanças (Orem, 1995).

As AVD são parte integrante do quotidiano do utente, sendo atividades de autocuidado para satisfazer as necessidades de vida diária. As atividades que realizamos durante o período do dia são todas as indispensáveis aos cuidados pessoais diários, manutenção pessoal e à vida comunitária independente (Marques, 2007).

No contexto das AVD estão as atividades de autocuidado que Orem (1980), citado por Hoeman (2000), define como, execução de atividades iniciadas pelo indivíduo as quais desempenha a seu próprio favor, para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

A mobilidade presume dar início a uma norma de movimento que inclua a coordenação entre os membros, ajustando a força e a velocidade desse movimento, a fim de combater a resistência e manter o equilíbrio corporal (Hoeman, 2011). Dando como exemplo algumas das AVDs como andar, transferir, uso de sanitário, levantar da cama ou mesmo alimentar-se, podem vir a ser de difícil realização se o utente não mostrar equilíbrio corporal, coordenação motora e postura corporal correta. Para se realizarem atividades relacionadas com o autocuidado vestir-se ou cuidar das partes do corpo, como abotoar botões ou cortar unhas, é fundamental ter destreza para realizar os movimentos finos (Couto, 2012).

Neste contexto, foi delineado um plano de reabilitação, com o intuito de serem executadas as intervenções de enfermagem nele contidas, que possibilitassem a reeducação funcional motora dos utentes, a fim de recuperar a capacidade física dos mesmos, a nível de movimento articular (Gregersen et al., 2011); Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013), melhorar força muscular (Lin et al., 2013) e o equilíbrio, simplificando, desta forma, a evolução de competências básicas e complexas para a realização de um conjunto integrado de ações relacionadas com o autocuidado.

A medida da amplitude do movimento é um importante parâmetro utilizado na avaliação e no acompanhamento pelo Enfermeiro de reabilitação. Muitas vezes, a avaliação da amplitude do movimento faz parte da definição da introdutória e do prognóstico de um indivíduo submetido a reabilitação motora (Portney, 2000), (Claudia, 2006).

Neste contexto, para conservar e/ou readquirir a amplitude dos movimentos, preservando a integridade das estruturas articulares, flexibilidade e prevenindo a formação de aderências e contraturas, foi fundamental efetuar exercícios de amplitude de movimento, que são um conjunto de ações específicas para mobilizar as articulações através da sua amplitude, de acordo com a sua capacidade individual (Hoeman S. 2011), utilizando técnicas de mobilização passivas e ativas assistidas (Menoita, 2012).

Terapeuticamente, as atividades na amplitude de movimento são realizadas para manter a mobilidade articular e de tecidos moles existentes, minimizando os efeitos de formação de contraturas ou espasticidade (Kisner & Colby, 1996). Segundo Achour (1999), uma boa mobilidade articular permite a realização de determinados gestos e movimentos com maior eficácia e eficiência mecânica.

No que se refere às atividades relacionadas com o autocuidado, a mobilidade das articulações é das que mais se destaca. Uma vez essencial, é peça fundamental para a realização dos autocuidados, como por exemplo, no autocuidado higiene pessoal e vestuário, em que a extensão/flexão do cotovelo é uma das ações motoras mais solicitada (Lourenço, 2010).

Os exercícios que se realizam a nível motor são, preferencialmente, executados por enfermeiros especialistas em reabilitação, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, aumentar a reserva funcional, prevenir e minimizar as limitações, evitar manifestações das doenças, controlar as já existentes, promover mudanças de hábitos e prevenir traumas e acidentes (Ferreira et al., 2017).

Hoeman (2000, p.253) entende que o movimento é “a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável”. Sendo o movimento, a mobilidade de uma articulação ao longo da sua extensão, seja parcial ou completa, a amplitude de movimentos é realizada com o objetivo de manter ou aumentar a extensão de uma articulação. A amplitude de movimento pode ser completa (anatômica) ou funcional (o

movimento necessário para o desempenho de uma tarefa específica), (Hoppenfeld e Murthy, 2001).

As mobilizações foram executadas de acordo com vários princípios preconizados pela literatura, como: posicionar o utente corretamente sem almofadas, mantendo o alinhamento corporal, respeitando a amplitude fisiológica articular da pessoa, realizar um movimento lento, pois a espasticidade depende, fundamentalmente, da velocidade com que os movimentos são feitos, pelas mobilizações que devem ser realizadas de modo lento, pois assim têm menor probabilidade de induzir a hipertonía espástica (Menoita, 2012), direcionada e refletida (Coelho, 2016).

Foram executadas as técnicas de mobilização sempre até ao limiar da dor e de acordo com a tolerância de cada pessoa, do segmento distal para o proximal para prevenir o padrão espástico nos utentes (C3, C4, C5). Foi também mobilizado o lado menos afetado dos utentes C4 e C5, precavendo problemas osteoarticulares e musculares e facilitando a neuroplasticidade (capacidade de adaptação do sistema nervoso, especialmente a dos neurónios, às mudanças nas condições do ambiente que ocorrem no dia a dia da vida dos indivíduos, um conceito amplo que se estende desde a resposta a lesões traumáticas destrutivas até as suas alterações resultantes dos processos de aprendizagem e memória), (Borella e Sacchelli, 2009).

Quanto à realização do plano de reabilitação, na maioria das situações, os exercícios foram planeados e executados, duas vezes por turno repercutindo 10 vezes cada movimento, diariamente (DGS, 2010).

O equilíbrio corporal é definido como a manutenção de uma postura particular do corpo com um mínimo de oscilação (equilíbrio estático) ou a manutenção da postura durante o desempenho de uma habilidade motora que tenda a perturbar a orientação do corpo (equilíbrio dinâmico), (Berg, 1992).

O equilíbrio corporal consiste na manutenção do centro de gravidade dentro da base de suporte dos pés e pode apresentar-se como estático ou dinâmico (Wiener-Vacher, 2008). No equilíbrio estático, a base de suporte dos pés mantém-se fixa, enquanto o centro de gravidade se movimenta. Neste caso, o senso de equilíbrio mantém o centro de gravidade dentro da

base de suporte dos pés. Já no equilíbrio dinâmico, tanto o centro de gravidade, como a base de suporte dos pés estão em constante movimento e o centro de gravidade jamais se alinha à base de suporte dos pés durante a fase de apoio dos movimentos (Woollacott e Tang, 1997)

A fim de aumentar o equilíbrio dos utentes (C1 e C3), foi realizado treino do equilíbrio (estático e dinâmico) na posição de sentado e em pé. Coloca-se o utente na posição de sentado, com os pés seguramente apoiados no chão ou num degrau, e pede-se para levantar os braços para a esquerda, para a direita, para a frente e para cima. O treino de equilíbrio na posição ortostática consistiu em pedir ao utente (C1) para deslizar em direção à beira da superfície, para chegar à posição de sentado, junto de um suporte estável (barra da cama) até ser possível manter a posição ereta e o equilíbrio de tronco, enquanto se mobilizam os membros. Foram também realizados outros exercícios junto à barra da cama como: flexão plantar, flexão do joelho, flexão do coxofemoral e extensão do coxofemoral, abdução e adução da perna e levantar/sentar apoiando-se nas mãos (Coelho et al., 2016).

A manutenção de bons níveis de força muscular é essencial à marcha segura e à execução de inúmeras tarefas quotidianas, como carregar objetos, sentar e levantar de uma cadeira, subir e descer escadas com segurança, entre outras.

Segundo Souza. P. et al (2011), a força muscular é a capacidade física que mais está associada à independência. Para se conseguir melhorar o desempenho muscular, foram ensinados, treinados e realizados exercícios terapêuticos para fortalecimento muscular, com a colaboração do utente, como mobilizações ativas resistidas, exercícios isométricos (glúteos, adutores e abdutores da anca, quadríceps, isquiotibiais, os gastrocnémios e tibial anterior), e exercícios isotónicos (adução e abdução do membro inferior até à linha média, flexão extensão da coxofemoral com flexão do joelho, dorsi-flexão e flexão-plantar) e isocinéticos. De acordo com Sousa e Carvalho (2016, p.427), existem benefícios nestes exercícios como, por exemplo, “o fortalecimento de músculos adutores e abdutores da articulação coxofemoral aumentam a estabilidade lateral para a marcha, melhoram o equilíbrio dinâmico da pessoa, treino da proprioção, treino da marcha e das atividades de vida”, (Sousa e Carvalho 2016, p.427).

A autonomia, segundo WHO (2002), refere-se à habilidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

regras e preferências. Autonomia refere-se à “ capacidade de cada um para cuidar de si, a capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas ações” (Sequeira, 2010, p. 4).

Petronilho et al. (2010) reconheceram quatro fatores relevantes e decisivos para a perda de autonomia do utente ao nível dos processos corporais, após um episódio crítico causador de dependência, como sendo a perda de força muscular (em especial os músculos dos membros superiores, inferiores e tronco), a perda de equilíbrio, a perda de capacidade para executar movimentos articulares finos e a perda de capacidade na coordenação dos movimentos.

Analizamos que todas as intervenções realizadas com este intuito tiveram ganhos essenciais no aumento da capacidade física e, concludentemente, no aumento da capacidade para o autocuidado.

São alcançados resultados positivos, quando se intervém na mobilidade física agravada, melhorando a função motora, diminuindo os efeitos adversos da imobilidade através das intervenções apropriadas do enfermeiro de reabilitação, tendo em vista o retorno da mobilidade perdida, assim como o aumento da independência funcional (Andrade, 2013).

Assim, os utentes sentiram ganhos com estas intervenções, relacionadas com o aumento da mobilidade, exteriorizando a sua satisfação pessoal (indicador de resultado) por realizarem certas atividades que dantes não conseguiam executar. Apuramos também que, para família dos utentes, a reconquista da mobilidade é uma das metas de maior importância, relativa ao processo de reabilitação (C1, C3).

A dor foi um fator físico que condicionou a mobilidade e, por sua vez, o autocuidado. A falta de movimento e a imobilização podem levar à diminuição da amplitude de movimento, contraturas e deformidades. A flexibilidade do tecido conjuntivo perde-se e os músculos atrofiam-se por desuso. À medida que se deixa um quadro destes evoluir, a dor aumenta, imitando o movimento (Fernandes. F. 2010). O controlo da dor tornou-se uma intervenção prioritária em todos os utentes (C1 a C5), pois como se sabe, esta reduz a mobilidade (Isaías et al., 2012), (AnexoII).

Domínio cognitivo

Todos os utentes, perante uma alteração motora em situação de incapacidade funcional alcançaram ou aprimoraram habilidades e competências cognitivas para o autocuidado. As intervenções e habilidades de enfermagem de reabilitação possibilitaram maximizar estas habilidades, como foi possível observar nos resultados sensíveis, ao nível da aprendizagem e das funções mentais e comunicação.

A teoria do autocuidado de Orem, engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar (de Vasconcelos. T. 1999). Para cumprir a ação do autocuidado são precisas habilidades cognitivas (Orem 2001). O utente precisa de habilidade para aprender novas informações e se lembrar, reaprender o autocuidado, retomar um estilo de vida apropriado e, posteriormente, manter a independência (Hoeman, 2011).

A competência do indivíduo para o autocuidado é a capacidade desenvolvida em distinguir os fatores que devem ser controlados ou geridos para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (Orem, 1995). Neste sentido, a pessoa é capaz de decidir o que pode e deve ser feito, de reconhecer as suas necessidades terapêuticas de autocuidado e desenvolver as medidas de autocuidado, ao longo do tempo. A competência não se limita apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, é antes, a aplicação conjunta destas ao contexto, podendo ser entendida como um saber em ação (Cardoso, 2011).

Entender o compromisso cognitivo nos utentes foi uma avaliação essencial para a seleção das melhores habilidades educacionais que ajudassem os utentes a conseguir ou a preservar o autocuidado adequado. Futuramente, para desenvolver a capacidade de mais uma vez aprenderem o autocuidado, recordarem as informações facultadas, utilizarem os conhecimentos adquiridos e tomarem decisões no quotidiano, ocorreram intervenções de enfermagem de reabilitação encaminhadas à recuperação ou manutenção de funções mentais, promotoras de aprendizagem e facilitadoras na comunicação (Peixoto, 2015).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Os programas de reabilitação analisam a recuperação e/ou manutenção cognitiva dos utentes por intervir e estimular as seguintes funções: Orientação (C2), atenção (C1, C3), consciência (C1), e memória (C1, C2, C4, C5).

No que diz respeito á alteração cognitiva, que se prende com a alteração temporal e espacial, referindo-nos à orientação, foram usadas estratégias para orientar o utente para a realidade, no tempo e no espaço, utilizando conhecimento atual, referindo sempre o dia do mês, da semana e as horas antes e após cada sessão (C2) (Costa, 2015).

A atenção pode ser explicada como o mecanismo que controla o processo cognitivo. Para que esta atenção possa ser amplificada, como por exemplo, numa atividade comum, é necessário que seja feita uma gestão do ambiente de modo a ser favorável à reabilitação. Nesta gestão do ambiente, será preciso eliminar estímulos sensoriais desagradáveis, ou seja, fazer uma gestão do ruído que possa existir (som de musica, ou som da televisão), diminuindo ao mínimo fontes que possam distrair o utente (Bugalho, 2006).

Foram usadas frases simples e curtas, dados ensinados simples ou fazendo uma questão de cada vez, explicadas sempre de forma descomplicada as intervenções executadas e colocando a repetição de palavras durante a execução de atividades. (Varanda e Rodrigues, 2016).

De modo a promover uma boa relação terapêutica com todos os utentes, foi estabelecido, com os mesmos, um ambiente favorável à relação enfermeiro/utente, difundindo a sua participação em programas de reabilitação e, ao mesmo tempo, realizando habilidades de comunicação (C5, C4). A comunicação e a informação são grandemente relevantes na consolidação do vínculo entre o doente/familiar e profissional de saúde e, para além disso, ativa o doente a exprimir sentimentos e emoções, faculta a oportunidade ao doente/familiar de exteriorizar escolhas, preferências auxiliando-os na tomada de decisão (Pereira, 2016), (Anexo II).

Domínio emocional ou psicossocial

A Reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia um indivíduo que está doente ou incapacitado para atingir seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e económico. O processo de Reabilitação ajuda a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência (Leite e Mancussi, 2005).

A partir do momento em que o utente começa a participar de um programa de reabilitação, pode-se identificar um passo significativo para uma mudança positiva de comportamento. Porém, são necessários esforços por parte dos enfermeiros especialistas em reabilitação para evitar o seu recuo. (Ramos, 2001; Cardoso et al., 2008).

A adesão a um programa de reabilitação, assim como de qualquer tratamento, é essencial e é influenciada por vários fatores intrínsecos ao próprio utente como os psicológicos, isto é, aspetos que dizem respeito à personalidade, à autoestima, autoconceito, à motivação e à confiança que os indivíduos possuem (Brito, 2013).

Numa fase inicial, apuramos que os utentes que tinham sofrido uma situação neurológica (C3, C4, C5) mostraram-se um pouco renitentes à sua recuperação, por falta de motivação e também por se sentirem “incapazes” de realizar, logo de início, os exercícios corretamente. Foi necessário estabelecer algumas estratégias, como o desencadear de uma relação de confiança, e estabelecer objetivos em comum, os quais fossem atingíveis para o processo terapêutico se processar mais facilmente.

No processo de reabilitação foi essencial estabelecer uma relação de confiança com os utentes. Segundo Sant’anna et al., (2010) um dos fatores decisivos para a aderência aos programas de exercícios são os relacionados, principalmente, à confiança adquirida pelo utente para com o profissional envolvido.

Para serem estabelecidos objetivos foi essencial avaliar o que os utentes achariam relevante para eles próprios, as suas escolhas, expetativas, deceções e receios.

Partindo do princípio que podiam ser delineados objetivos pessoais, dos próprios utentes, estes deviam ter a característica de serem facilmente alcançados, uma vez que, deste modo, se sentiam motivados e desenvolviam estratégias para os alcançar, evitando deceções com eles próprios. Estabelecer objetivos pode ser um meio para propagar a esperança e desenvolver a motivação (Hoeman, 2011).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

A reabilitação, de uma forma geral, implica a existência de um processo específico para cada pessoa, onde cada um aprende a lidar com o seu processo de reabilitação e, ao mesmo tempo, a ser interventivo, delineando e modificando o seu projeto de saúde (Hesbeen, 2001).

Durante o processo de reabilitação, foi disponibilizado apoio aos utentes por meio da relação que se desenvolveu entre as partes, contando, por vezes, com o auxílio da família e também dos amigos. A reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que busca a independência para a realização do autocuidado, sendo este entendido como um conjunto de ações desenvolvidas pelo indivíduo e pela família para atender as necessidades da vida diária, que é aprendido e aperfeiçoado ao longo da vida (Lessmann, 2011). Atendendo ao programa de reabilitação, os utentes foram incentivados para o autocuidado, tendo em conta os progressos a serem atingidos perante o esforço do utente. Eram também recordados os objetivos atingidos, provocando a máxima satisfação do utente e contribuindo, deste modo, para a preservação da sua autoestima (Morais, 2012). O enfermeiro tem a função de orientar, atender às necessidades e expectativas dos indivíduos, procurando que acreditem nas suas capacidades para gerirem os seus recursos (Araújo et al., 2008).

A família foi sempre um elemento crucial na recuperação do utente e foi, sempre que possível, estimulada a participar nos cuidados. Durante as visitas, eram momentos em que alguns elementos mais próximos da família poderiam ter a oportunidade de participar nos autocuidados. Foi-se sempre informando a família acerca da situação do utente e das suas responsabilidades (Hoeman, 2011). Para além de discutido e analisado o processo de cuidados com o utente, era feito o mesmo com a família ou pessoas significativas (OE, 2015) (Anexo II).

Domínio do comportamento

O domínio do comportamento tem a ver com as habilidades necessárias para executar comportamentos de autocuidado. Este fundamenta intervenções comportamentais que integram atividades de aprendizagem planeadas de forma a capacitar a pessoa para assumir a sua condição de saúde, ser capaz de tomar decisões em relação a ela e ser capaz de desenvolver comportamentos de autocuidado necessários para manter e melhorar a sua condição de saúde (Sidani, 2011). Os diferentes métodos de ajuda na capacitação para o

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

autocuidado tiveram em conta os perfis funcionais de cada utente e as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação preconizadas no modelo do autocuidado de Orem.

Para a obtenção de competências para o autocuidado, as intervenções fundamentaram-se na educação ao utente e família (indicador de resultado), através de três estratégias: ensinios, instruções e treinos (OE, 2015). Os ensinios consistiam na transmissão de um conjunto de informações teóricas, necessárias à capacitação para o autocuidado. A instrução residia na explicação e manifestação de determinadas técnicas, comportando-se o enfermeiro como modelo. Por fim, o treino era o momento onde se dava a oportunidade de o utente e família efetuarem determinadas ações ligadas ao autocuidado, onde também eram controlados os cuidados, feitas algumas correções e esclarecidas dúvidas (Couto, 2012).

Para a realização dos autocuidados, procedeu-se ao ensino e preparação de habilidades que se adaptariam aos mesmos, e utilização de ajudas técnicas de apoio (andarrilhos, canadianas, degraus, colheres e garfos adaptados, entre outros) afim de auxiliar os utentes. Foi feito treino de vestir e despir (C3, C4, C5) afim de uma melhoria da qualidade de vida, utilizando habilidades adaptativas, realizando ensinios sobre técnicas de vestir/despir explicando os procedimentos: ▪ Blusa-primeiro a manga do membro afetado puxando até ao ombro e costas, permitindo assim vestir a seguir o membro do lado não afetado. Para despir executar o processo inverso ▪ Calças-cruzar o membro afetado sobre o não afetado, vestindo primeiramente este até ao joelho. Depois veste o membro inferior não afetado e, por fim, deve puxar-se a calça o mais que puder. ▪ Soutien- começa por colocá-lo á volta da cintura com a parte de trás rodada para a frente, de modo a apertar os colchetes. Posteriormente, com o membro superior não afetado roda-se para a posição correta (atrás) e coloca-se a alça até ao ombro do lado afetado, seguindo-se o não afetado. ▪ Meias e Sapatos- explicar os mesmos passos descritos anteriormente (Vigia et al., 2016) (Anexo II).

Em síntese, incluindo presentemente a totalidade dos resultados e dados da discussão, podemos, desta forma, averiguar resultados obtidos com a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e respetivos planos de intervenção.

Como se pode observar nos resultados no quadro abaixo (quadro n.º 16), os utentes tinham necessidades de intervenção de enfermagem de reabilitação, embora mostrassem um perfil funcional de défice de autocuidado terapêutico moderado (33,2%).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

No conceito do autocuidado apresentavam défice de autocuidado terapêutico moderado (44,8%), mais especificamente, na comunicação (11,2%), aprendizagem e funções mentais (34,8%).

Após intervenções de enfermagem de reabilitação, a funcionalidade aumentou em 15,6%. No autocuidado, mostravam défice de autocuidado terapêutico moderado (30,6%), um défice de autocuidado terapêutico ligeiro na comunicação (6%), na aprendizagem e funções mentais (10,6%).

Observando de uma forma global e do ponto de vista médio, todos os resultados conseguidos ajudaram a certificar que todos os utentes alcançaram resultados funcionais, com os cuidados de enfermagem de reabilitação. Os dados mesurados pela MIF (DGS, também mostram um aumento da funcionalidade (DGS, 2011).

Os maiores ganhos ocorreram, inicialmente, ao nível da funcionalidade (15,6%),e ao nível da aprendizagem e funções mentais (24,2%).

Fundamentando também os dados enumerados na discussão, mais ganhos sensíveis foram alcançados, como são descritos no quadro abaixo.

Quadro n.º17- Scores dos resultados sensíveis à Enfermagem de Reabilitação

	Avaliação inicial	Avaliação final	Ganhos médios finais
Funcionalidade	33,2%	17,6%	15,6%
Autocuidados	44,8%	30,6%	14,2%
Comunicação	11,2%	6%	5,2%
Aprendizagem e funções mentais	34,8%	10,6%	24,2%
Relação com amigos e familiares	29,8%	23,4%	6,4%

Considerando, através dos estudos casos atentamos o papel primordial que os cuidados de enfermagem de reabilitação exercem nas pessoas com problemas neurológicos, que quando se encontram sujeitas a limitações físicas, cognitivas ou emocionais, exibem défice de autocuidado terapêutico. Intercedendo em cada domínio, é executável minimizar ao máximo os défices encontrados, melhorando a capacidade funcional (OE, 2015).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Perante os resultados alcançados é compreensível perceber a necessidade que os doentes, perante uma patologia do foro neurológico, possam beneficiar da intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, quer nos serviços onde são internados, quer no seu domicílio após a alta.

4. Análise Reflexiva sobre as Competências Adquiridas

Neste capítulo é pretendido que seja esboçado uma reflexão sobre as competências adquiridas durante o percurso académico, dando visibilidade às atividades desenvolvidas durante o estágio profissional final. Realizar-se-á a análise às competências comuns do Enfermeiro Especialista, sobre as competências específicas em Enfermagem de Reabilitação e sobre as competências de Mestre adquiridas, como preconizado no regulamento n.º 122/2011, regulamento n.º 125/2011 e o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Enfermeiro Especialista é um profissional que possui um conhecimento profundo num domínio específico de enfermagem, das respostas humanas, dos processos de vida e dos problemas de saúde, que revelam destreza de julgamento clínico e tomada de decisão. As competências de Enfermeiro Especialista são um conjunto de competências especializadas referentes a uma intervenção específica, que emergem da pesquisa dos domínios de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais. Assim, todos os Enfermeiros Especialistas, seja qual for a sua especialidade, partilham de um conjunto de saberes, consideradas competências comuns, seja nos cuidados de saúde primários, secundários ou terciários, em todos os contextos onde se prestem cuidados de saúde, onde sejam envolvidas as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança. Para além disto, o enfermeiro tem que ter a responsabilidade de descodificar, divulgar e conduzir uma investigação relevante, que possibilite avançar e melhorar a prática da enfermagem (Regulamento n.º 122/2011).

Existem quatro domínios de competências comuns: “competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio inclui competências como, o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu meio de intervenção, e à eleição de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No decorrer do estágio profissional foi adotada a responsabilidade de prestar cuidados específicos de reabilitação a pessoas com défice neurológico, com o suporte adquirido de conhecimentos e saberes, tendo em conta o utente e a família.

Durante o contexto do estágio profissional foi cumprido os princípios e valores profissionais enunciados no Código Deontológico dos Enfermeiros, assim como os princípios éticos do cuidar e salvaguardados os direitos dos utentes, como o direito à informação, confidencialidade, privacidade e autodeterminação.

Foi assim certificado o cuidar ético, quando se pediu parecer à comissão de ética para consentimento do projeto de intervenção profissional que se implementou.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Este domínio abrange competências como, executar um papel incentivador no progresso e apoio às atividades institucionais na área da governação clínica, concebendo, gerando e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

A qualidade detém complicados determinantes e, em saúde, confere-se como uma tarefa multiprofissional com uma causa de aplicação local (OE, 2001; Hesbeen, 1998). Os conhecimentos sobre a qualidade dos cuidados podem ser alcançados das categorias: estrutura, processo e resultados (Donabedian, 2005).

A estrutura relata a conjugação da prestação de cuidados, o processo designa as conexões entre pessoas e profissionais em toda a prestação de cuidados de saúde e os resultados são

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

mencionados aos efeitos dos cuidados na condição de saúde das pessoas e populações (Donabedian, 2005).

Nas estratégias de intervenção profissional foi realizado um artigo intitulado “Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, em pessoas com 65 e mais anos em cuidados de longa duração – Revisão sistemática da Literatura”. Com suporte numa revisão de artigos científicos com qualidade metodológica, definiram-se indicadores sensíveis que originaram uma melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação. Tais indicadores possibilitaram avaliar a efetividade das intervenções, de modo a promover a inclusão dos conhecimentos na área da qualidade na prestação dos cuidados.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

Atendendo às competências do domínio da gestão dos cuidados, estas envolvem a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar, adaptando e gerindo os recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 122/2011). Atendendo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária, assumindo que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional com um contexto de aplicação local (OE, 2001). Nos diferentes contextos, a nível motor eram contemplados diversos recursos quer materiais quer humanos que foram utilizados para facultar cuidados de qualidade ao doente com problemas do foro motor conforme cada situação. Surgindo uma articulação entre os cuidados prestados e a equipa multidisciplinar, foi notório que, por vezes, a própria equipa de enfermagem, atendendo às necessidades dos utentes, solicitavam a nossa intervenção aos próprios utentes.

Competências do domínio das aprendizagens profissionais

No que se refere às competências do domínio das aprendizagens profissionais, solicita-se que o profissional desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua

praxis clínica especializada, em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento n.º 122/2011).

Para haver uma continuidade no que confere à formação básica de enfermeiro generalista, foi essencial ampliar os conhecimentos na área da enfermagem de reabilitação, utilizando um percurso que integre uma aquisição de novos conhecimentos atualizados, assim como um contexto prático de cuidados atuais, contribuindo para um desenvolvimento das perceções sobre o contexto envolvente. Desta forma, foi possível, com os obstáculos e dificuldades encontrados ao longo deste processo, haver um verdadeiro progresso para um crescimento profissional e pessoal, aumentando o autoconhecimento e a autoconfiança, prosperando a capacidade de comunicação quer com os utentes quer com os profissionais de saúde. Foi essencial diagnosticar as necessidades de formação dos utentes e famílias, promover a aprendizagem dos mesmos pela educação e, por fim, calcular o efeito da mesma.

4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O Enfermeiro especialista é detentor de um conhecimento profundo num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010).

O regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação n.º 125/2011 explica o perfil de competências que abrangem o cuidar da pessoa, com demarcadas necessidades especiais, “ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”. Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, concebe, implementa, monitoriza e avalia

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

planos de reabilitação, fundamentados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo, no campo de ação da funcionalidade (Regulamento n.º 125/2011).

“Cuida de pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”

Hesbeen (2001) refere que a mobilização e aquisição de competências realiza-se na prática clínica, reorganizando conhecimento e saberes. É durante o tempo de formação do curso de especialização que se orienta a formação teórico-prática, sendo em contexto clínico que se encontram situações de doença que impossibilitam a pessoa de realizar as atividades básicas diárias de forma independente. Neste âmbito, através da intervenção, desenvolveram-se ações fundamentadas nas competências específicas que sustentam a prestação de cuidados especializados de reabilitação.

No decorrer do estágio profissional, foram diagnosticadas alterações e incapacidades nos utentes, reconhecendo as suas causas e gravidade, atendendo aos processos de saúde/doença. Assim, reeducaram-se competências para avaliar a capacidade funcional inicial de cada utente, orientaram-se ações através das competências específicas que sustentam a prestação de cuidados do Enfermeiro de Reabilitação, empregando escalas e instrumentos de medida, reconhecendo as necessidades de intervenção de enfermagem de reabilitação. Foram concebidos vários planos de intervenção, com a finalidade de reduzir o risco de alteração da funcionalidade, principalmente motora, nas várias proporções da pessoa para reeducar as funções. Assim, foi fundamental ir ao encontro do utente a fim de serem definidos os objetivos, as estratégias a realizar, os resultados previstos e as metas possíveis a atingir, no sentido de promover a autonomia, a qualidade de vida e a realização do utente.

“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”

No decorrer da prática dos cuidados, foram planeados, executados e implementados programas de treino de atividades de vida diária, dispondo a adaptação às limitações da

mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. Considerando o ensino ao utente e cuidador, foram efetuados programas que visam técnicas específicas de autocuidado, dando oportunidade a que se efetuassem treinos específicos, utilizando dispositivos de compensação e ajudas técnicas. Considerando a alta do utente para domicílio, com todas as suas limitações, era fundamental investigar as condições ambientais do mesmo, promovendo uma orientação para a eliminação de barreiras arquitetónicas.

“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”

Considerando a conjuntura atual e potencial de cada utente, foram organizadas intervenções individualizadas que possibilitassem ao utente maximizar as suas capacidades funcionais, admitindo um melhor desempenho a nível motor e cardiorrespiratório. Assim, procedeu-se á avaliação e reformulação de todos os programas de treino motor ou cardiorrespiratório. As intervenções a desenvolver eram, antecipadamente, confirmadas com o utente e estruturadas com os restantes membros da equipa. Além disso, em cada oportunidade, foram utilizados os conceitos de enfermagem de reabilitação, determinando a funcionalidade, diagnosticando incapacidades e criando planos de intervenção para progressão de capacidades apropriadas, autocuidado, maximizando e reeducando funções. Contudo, foi fundamental realizar um programa de reabilitação adaptado a cada situação.

4.3.Competências de Mestre

Perante o Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto, que regula o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, o grau de mestre é conferido, numa área de especialidade, ao que tiver e souber aplicar um elevado nível de conhecimentos, alcançando resolver problemas em diferentes situações, ter a capacidade para agregar conhecimentos, incluir a capacidade para comunicar os seus raciocínios e conclusões e possuir competências que lhe possibilitem uma aprendizagem contínua, de forma autónoma.

Sendo a pessoa um ser em permanente interação com o meio que a rodeia, a formação académica contínua considera-se de extrema importância, pois permite a obtenção de

diferentes graus académicos e, como tal, a obtenção de novas e maiores responsabilidades nas diversas áreas de atuação por parte dos enfermeiros (Fonseca, 2015).

Perante este percurso académico, procuramos aprofundar e fortalecer os saberes no domínio da enfermagem de reabilitação. A execução deste curso proporcionou o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados especializados na área da enfermagem de reabilitação, tendo intrínsecas as responsabilidades éticas. A execução de um projeto de intervenção, de carácter científico, com base no modelo do autocuidado, possibilitou limitar os ganhos em saúde da enfermagem de reabilitação numa área exclusiva de intervenção. A aprendizagem é um ato contínuo ao longo da vida, assim ocorreu também o desenvolvimento de competências que encaminharão o exercício de funções, pela evidência científica e qualidade dos cuidados de enfermagem. Desta forma, consideram-se geralmente adquiridas as competências de Mestre.

5. Conclusão

O envelhecimento da população, em associação com o crescente índice de morbilidade e de prevalência de doenças crónicas incapacitantes, a carência cada vez mais iminente de apoio social, familiar e de saúde, articulado à mudança das estruturas familiares, transparece o desafio que Portugal transpõe na conceção de respostas entre setores, de carácter bio-psico-social, e que se definam num padrão articulado, com a finalidade da prestação de cuidados na comunidade (Sthal et al., 2011).

No decorrer do tempo, o crescimento das doenças crónicas e incapacitantes, a intervenção cada vez mais economicista da saúde, em concordância com o anseio da pessoa se manter o maior tempo possível no seu domicílio, próximo da família, são motivos que estabelecem novas respostas sociais e de saúde. Os cuidados continuados adotam hoje um realce importante na situação da saúde em Portugal. Assim a RNCCI apresenta-se como a melhor solução ao nível dos cuidados de saúde e de apoio social (Faria, 2015)

Com este percurso decorrido, que foi a realização deste relatório, as circunstâncias onde se efetiva a prática clínica são fundamentais e necessárias para o processo de aprendizagem, obtenção, mobilização e análise de saberes e desenvolvimento de competências. Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que prestam apoio integrado em contexto domiciliário, tendo, entre outros objetivos, a reabilitação da pessoa dependente, são os impulsionadores do processo de mudança que, por si, desenvolvem as competências adquiridas, para além da recuperação funcional. Nos seus planos de intervenção, promovem o autocontrolo e o autocuidado, capacitando a pessoa dependente e o cuidador familiar para lidarem com a situação de dependência (Carneiro et al., 2012).

Pelo apresentado observamos que este projeto de intervenção teve um contributo importante para a valorização da Enfermagem de Reabilitação, concedendo provas do positivismo desta especialização na Capacitação para o autocuidado da pessoa idosa na RNCCI.

Na elaboração deste relatório, verificamos estar perante um processo ativo onde foi necessário proceder a ajustes durante a sua realização. Assim, possibilitou-nos a execução de uma prova reflexiva sobre as práticas, conhecimentos e competências obtidas e

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

desenvolvidas, consolidando as competências do Enfermeiro Especialista (EE) e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Pereira, 2018).

Salientamos que, a nossa interveniência enquanto enfermeiros de reabilitação foi importante, a nível da qualidade de vida dos utentes com os quais contactamos, conseguindo reconhecer os principais ganhos da intervenção do EEER, tendo por base o modelo do autocuidado. Conseguimos ainda adquirir e aprofundar competências e capacidades na prestação de cuidados de reabilitação esclarecendo os ganhos obtidos através da intervenção.

Assim como principais instrumentos de avaliação funcional e dependência nas AVDs, foram utilizados a ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e o índice de Barthel (DGS, 2011), tendo por base a teoria de Orem (Petronilho e Machado 2016).

Ponderámos, que futuras investigações devem atender á eficiência de programas de reabilitação, com o propósito de considerar à importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação junto dos utentes, assim como, dos organismos responsáveis pela saúde. Tendo sempre em vista a integração de enfermeiros de reabilitação em unidades de cuidados continuados para a prestação de cuidados especializados, procurando promover a independência e a máxima satisfação da pessoa a curto e a longo prazo (Pereira, 2018).

Ao finalizar este trabalho, consideramos gratificante mostrar os resultados alcançados das intervenções e investigações realizadas, sendo por meio destas que, fortalecemos a colaboração da enfermagem nos ganhos em saúde e, progredimos para a efetivação da disciplina. Neste contexto, firmamos competências intrínsecas ao grau de mestre, objetivo que nos acompanhou neste relatório.

6. Referências Bibliográficas

Achour J. (1999). Flexibilidades em gémeos, criança e adolescentes da cidade de Londrina. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil;

Alves, F.J. (2012). O Contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação da Pessoa com Dependência em Contexto de Cuidados de Saúde Primários;

Andrade L. T., & Machado Chianca, T. C. (2013). Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. *Revista Brasileira de enfermagem*, 6(5);

Araújo, I., Paúl, C. e Martins, M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 43-51. Retrieved from:
https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=231&codigo=

Assis, C., Batista, L., Wolosker, N., Zerati A., & Silva R. (2015). Medida de Independência funcional em pacientes com claudicação intermitente. *Revista Escola Enfermagem USP*, 49 (5), 756-761. DOI: 10.1590/S0080-623420150000500007;

Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Gayton D. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health* 1992;83(suppl 2):S7S11;

Borella, M., Sacchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista Neurociências*. 17(2), 161-9. Retrieved from:
www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2002/14.pdf;

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Brito, A. (2013). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado- Uma teoria explicativa*. Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa, Portugal;

Briggs J. Joanna Briggs Institute. (2018). Disponível em: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>. Último acesso em: 09/2018;

Bugalho, P., Corrêa, B., e Baptista, M. V. (2006). Papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais-Bases científicas e modelos de estudo. *Acta Médica Portuguesa*;

Cabrita, M. (2004). O envelhecimento e os cuidados continuados. *Servir*, 52(1), 11-18.

Carochinho, M. C. (2015). *Responsabilidade social do enfermeiro especialista de reabilitação* (Doctoral dissertation);

Castilho, Ana Rita de Faria (2010), “Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável Opinião dos Idosos do Conselho de Viana do Castelo”, Licenciatura em enfermagem. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Acedido em 24 de novembro, disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1498/1/Mono_AnaCastilho.pdf>;

Cardoso, A. S. et al., (2008), Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. *Movimento*. Vol.14.

Cardoso, T. (2011). *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal* (Doctoral dissertation);

Carretas, N. C. S. (2018). *Modelo de autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação* (Master's thesis, Universidade de Évora);

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). O envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade – Relatório Final. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa / Faculdade de Ciências Humanas / Universidade Católica Portuguesa. Recuperado de: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf;

Carvalho, M. (2012). Envelhecimento e cuidados domiciliários em Instituições de Solidariedade Social. Lisboa, Portugal: Coisas de Ler;

Cirilo Gonçalves, M. J., Alves Azevedo Júnior, S., da Silva, J., & do Nascimento Souza, L. (2015). A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência. *Revista Científica de Enfermagem - RECIEN*, 5(14), 12–18. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=109373073&site=ehost-live>;

Cláudia V.A.A. (2006). Confiabilidade de Dois Métodos de Avaliação da Amplitude. *Acta Fisiátrica*;

Coelho, C. Barros, H. & Sousa, L. (2016). Reeducação da Função Sensoriomotora. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 227-251;

Costa, S. (2015). Défice cognitivo ligeiro e principais demências: Diagnóstico clínico, diagnóstico diferencial e tratamento;

Couto, G. M. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal;

Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Diário da Republica I série A nº 109. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>;

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Decreto-Lei nº 52/2012 de 5 de setembro - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República, 1ª série — Nº 172. Portugal: Assembleia da República;

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto (2013). Diário da República 1ª Série, n.º 15. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/498425>;

Decreto-lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República n.º 176, 1ª série Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>;

Direção Geral De Saúde (DGS) (2010). Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Disponível em <http://www.min.saude.pt/NR/> ;

Direção Geral de Saúde (DGS) (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma da Direção Geral da Saúde. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>;

Faria, E. H. A. (2015). *Diferenças no perfil dos utentes e seus cuidadores segundo o género, numa unidade de longa duração e manutenção da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)* (Doctoral dissertation);

Fernandes, F., & Santos, F. (2010). Evolução motora e funcional de doentes com AVC nos primeiros três meses após a alta-hospitalar;

Fernandes, T. D. J. (2015). *Efeito de um programa de mobilização e exercício ativo sobre a amplitude articular em pessoas com síndrome de desuso* (Doctoral dissertation);

Ferreira Nunes da Silva, B., Leal dos Santos, P. H., Barreto da Glória, R., Silva Brito, J., Ferreira Pinho, A., Araújo, M. P., & Miranda, H. (2017). Efeitos agudos do aquecimento específico e exercícios de mobilidade articular no desempenho de repetições máximas e volume de treinamento. *ConScientiae Saúde*, 16 (1);

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Ferreira, P. A. (2005). Evolução funcional do doente numa Unidade de Cuidados Continuados. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*;

Fonseca, C. & Lopes M. (2014). *Modelo do Autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. Dissertação de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Portugal;

Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. Retrieved from: <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>;

Fortin, M., Côte, J., & Filion, F. (2006). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidata;

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta;

Fricke, J. (2010). Activities of daily Living Center for international rehabilitation research information and exchange (CIRRIE);

Gregersen, M., Zintchouk, D., Borris, L. C., & Damsgaard, E. M. (2011). A geriatric multidisciplinary and tailor-made hospital-at-home method in nursing home residents with hip fracture. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 2(4), 148-154. Doi:10.1177/2151458511421908;

Haber, J. (2001). Amostragem. In *Lobiondo - Wood, Geri, Haber, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p.140-155;

Hesbeen, W. (1998). Qualidade em enfermagem. Pensamento e Ação na perspetiva do cuidar. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). A reabilitação, criar novos caminhos. Loures: Lusociência;

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência;

Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. (2ª ed). Loures: Lusociência;

Hoeman, S. (2004). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e processo*. Loures: Lusociência;

Hoeman, S. P., Lyszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades da Vida Diária. In S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (pp.209-270). (4ª ed.). Loures: Lusodidacta;

Hoppenfeld S. e Murthy V. L. (2001). *Tratamento e Reabilitação de Fracturas* (1ª ed). São Paulo: Manole;

Instituto Nacional de Estatística (2016). Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt;

Isaías, F., Sousa, L., & Dias, L. (2012). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. *MCO Cordeiro & ECPC Menoita (Coords.) Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*,303-314;

Jia,H., Pei, Q., Sullivan, C. T., Ripley, D. C. C., Wu, S. S., Vogel, W. B., Wang, X., Bidelsbach, D. E., Gallardo, J. L. H., Bates, B. E. (2017). Regional variation in post-stroke multidisciplinary rehabilitation care among veteran residents in community nursing homes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*;

Kiel. S., Zimak. C., Chenot. J. F., Schmidt. C. O. (2017). Evaluation of Ambulatory Geriatric Rehabilitation (EAGER): study protocol of a matched cohort study based on claims data. *BMC Geriatrics*;

Kisner, C. & Colby, L. A. (1996). Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas (3ª ed). São Paulo: Manole;

Lall, R. K., Irfan, S. M., Jayavelu, J., & Saxena, S. (2017). Functional gain in stroke patients based on functional independent measure. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 11 (3) 10–13;

Leite, V. B. E., & Mancussi, A. C. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico motora. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 92-96;

Lessmann, J. C., De Conto, F., Ramos, G., Susskind Borenstein, M., & Meirelles, B. H. S. (2011). Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1);

Lista A. e Fonseca C, (2018). *Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, à Pessoa Dependente no Autocuidado com Comorbilidade (Master's thesis, Universidade de Évora)*;

Lima, A. M. M., Silva, H. S., & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface*, 12(27), 795-807;

Lima-Costa, M. F., & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento;

Lin, P., Wang, C., Liu, Y., & Chen, C. (2013). Orthopaedic inpatient rehabilitation conducted by nursing staff in acute orthopaedic wards in Taiwan. *International Journal Of Nursing Practice*, 19(6), 618-626. doi:10.1111/ijn.12113;

Lourenço, C. & Mendes, N. (2010). *Traumatismo crânio encefálico: um trauma familiar*. Sinais Vitais. Coimbra, nº 90, p. 49-59;

Louro, M. C. (2009). Cuidados Continuados no Domicílio. Porto: Instituto de Ciências Lisboa.Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto;

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau. p. 325-335;

Macdonnel A., Jones M., Read S. (2000). Practical considerations in case study research: the relationship between methodology and process. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 383-390. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10964186> ;

Manuel, M. ; António, O. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. EDUSER, Revista de Educação, Vol 2 (2);

Mariz, M. (2005). *Sentimentos e Significados no Consentimento informado*. Coimbra: Formasau- Formação e Saúde, LDA;

Marques, S.- Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC. Coimbra: Formasau Formação e Saúde, Lda, 2007;

Martins L.C.A. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. In Referência, vol. 12, nº 2, p. 62-66;

Mazo, Giovana Zarpellon, Meurer, Simone Teresinha, & Benedetti, Tânia Rosane Bertoldo.(2009). Motivação de idosos para a adesão a um programa de exercícios físicos. *Psicologia para América Latina*, (18) Recuperado em 01 de janeiro de 2019;

Melnik, B., Fineout-Overholt, E., Stetler, C. & Allan J. (2005). Outcomes and implementation strategies from the first U.S. evidence-based practice leadership summit. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 2 (3), 113-121. DOI:[10.1111/j.1741-6787.2005.00022.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2005.00022.x);

Menoita,E. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa cm AVC: Contributos para um envelhecer Resiliente*. Loures. Lusociência;

Momberg (1998). Políticas de Salud: Ética en la Asignación de recursos. Em M.M.G. Calvente (Ed.). Ética y Salud (pp. 77-87). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública;

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Morais, J. F. (2012). *A intervenção precoce do enfermeiro especialista de reabilitação na reeducação funcional motora da pessoa/família com alterações neurológicas e cardiovasculares* (Doctoral dissertation);

Nascimento, C. M. (2017). *Proposta para uma unidade de saúde de cuidados continuados integrado*. Portimão: Dissertação apresentada no Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes -Portimão;

Nascimento, G. G. (2015). *Os cuidados continuados de saúde em Portugal: prespetiva internacional experiencia do paciente na transição e sobrecarga dos cuidados informais*;

Neri, A. L. (Org.). (2006). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Átomo-Alínea;

Nogueira, J. M. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social;

Nunes L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem. ESS/IP;

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). *Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulga20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> ;

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa
Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislacao OE/Regulamento CompetenciasReabilitacao aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislacao%20OE/Regulamento%20CompetenciasReabilitacao%20aprovadoAG20Nov2010.pdf);

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio?* Revista nº 33, p. 22-27;

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013). Guia Orientador de Boas Práticas–Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade–posicionamentos, transferências e treino de deambulação. *Lisboa: Ordem dos Enfermeiros*;

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. Retrieved from: www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2016). Enfermagem de Reabilitação Instrumentos de recolha de dados para documentação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf ;

Orem, D.E. (1995). Nursing: Concepts of Practice. (5ª ed, pp 142). St. Louis. Mosby;

Orem, D.E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby;

Pedroso, L.F.D.A. (2011). Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados: Estudo de Caso (Doctoral Dissertation);

Pereira, A.P.P. (2018). Defice da Mobilidade - Reabilitar uma Oportunidade para a Funcionalidade;

Pereira, M. (2016). *Desenvolvimento de competências especializadas em cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal;

Pestana, H. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Enquadramento. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 47-56;

Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau;

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Petronilho, F. (2012). *O autocuidado como conceito central da enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)* (pp. 1-105). FORMASAU, Formação e Saúde, Lda;

Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de Reabilitação. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (3-14). Lisboa, Portugal: Lusodidacta;

Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. D. C., Carvalho, D. M. F., Oliveira, J. M. C., Castro, P. R. C. V. D., & Machado, M. M. P. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, (14), 39-48;

Petronilho, F. A. S., Pereira, F. M., & Silva, A. A. (2017). Evolução e destino das pessoas dependentes no autocuidado: Estudo longitudinal. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18, 33;

Peixoto, P. M. (2015). Efeitos do programa de treino cognitivo “ateliê de memória” em idosos institucionalizados com demência;

Pezzin, L. E., Padalik, S. E., Dillingham, T. R. (2013). Effect of postacute rehabilitation setting on mental and emotional health among persons with dysvascular amputations. *The Journal Of Injury, Function, And Rehabilitation*, 5(7), 583-590. doi:10.1016/j.pmrj.2013.01.009;

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas;

Pordata. (2016). Retrato de Portugal. Edição 2016 . Lisboa;

Portney L.G.; Watkins M.P. Reliability. In: Portney L.G.; Watkins M.P. Foundations of clinical research applications to practice. New Jersey: Prentice-Hall; 2000. p.61-75;

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Preto, L. S. R., Gomes, J. R. L., Novo, A. F. M. P., Mendes, M. E. R., & Granero-Molina, J. (2016). Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na aptidão funcional de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 55-63;

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 21. 5 – 7;

Queirós P. J., Vidinha T. S. e Filho A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 157/164;

Ramos, J.H. (2001). “Determinantes de adesão, manutenção e desistência de um Programa de prevenção e reabilitação cardiovascular”. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*;

Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro-Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª Série, n.º 35 (2011). 8648-8653. Retrieved from: <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf> ;

Regulamento 125/2011 de 18 de fevereiro (2011). Diário da República, 2ª série- N.º 35. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from: <https://dre.tretas.ord/dre/1227228/regulamento-125-2011-de-18-de-fevereiro>;

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, II série, n.º 119. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf;

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Ribeiro, O., Pinto, C. & Regadas (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*, (1), 25-36. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12162>;

Rodrigues M.T.P., Mendes S.J.A.C. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. *Rev Bras Enferm.* 2007;

Rodríguez, G. G., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe;

Sant'Anna, D., De Almeida, Vanessa, L., Petito, E. & Gutiérrez, M. (2010). Adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. *Ciência y enfermería*, 16(1), 97-104. Retrieved from: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100011>;

Santos, B. (2003). Um discurso sobre as ciências. 14ª Edição. Porto. Edições Afrontamento;

Santos, C. A. (2011). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – O Idoso, Alta e a Capacidade Funcional. *Universidade Católica Portuguesa*, Centro Regional de Braga. Faculdade de Ciências Sociais;

Santos, L. (2016). O processo de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 15-24;

Saúde., A. C. (2005). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Schoenmakers. M. H., Rademaker. A., Rooden. P., Scherder.E. (2014). The effects of increased therapy time on cognition and mood in frail patients with a stroke who rehabilitate on rehabilitation units of nursing homes in the Netherlands: a protocol of a comparative study. *BMC Geriatrics. BioMed Central*;

Schouw, I., Kraan, F., (2017). Stroke rehabilitation familiar close: developing integrated care for elderly with CVA. *International Journal of integrated Care*;

Sequeira, Carlos - Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel, 2010;

Shi,L. (2008). Continuing care. *Nursing & Health Journal*, p 6-10;

Sidani, S. (2011). Self-Care. In D. DORAN. Nursing Outcomes, The State of the Science (2ªEd.) (pp 79-130). London;

Sidani, S. (2011). Self care. Em D. Doran, Nursing outcomes: The state of the science, 2nd ed (pp 131-200). Sudbury: Jones & Bartlett Learning, LLC;

SNS, (2018). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa;

SNS. (2019). *Hospital Espírito Santo Évora*. Obtido de <http://www.hevora.min.saude.pt/o-hospital/missao-e-valores/>;

SNS. (2019). *Hospital do Espírito Santo Évora*. Obtido de <http://www.hevora.min.saude.pt/o-hospital/area-de-influencia/>;

SNS 1979-2019, Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

Sousa M.L., Sartor V.V.B., Prado M.L.(2005) Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem;

Sousa M. L. ; Sartor V. V. ; Padilha M. I. ; Prado M. L. (2005). *O Cuidado em Enfermagem Uma Aproximação Teórica*;

Souza, P., Benedetti, T., Borges, L., Mazo, G., & Gonçalves, L. (2011). Aptidão funcionalidade idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, 14(1), 07-16. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a02v14n1.pdf>;

Soderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 7(4), 183-189. doi: 10.1080/110381200300008724;

Sthal, H. C., Berti, H. W., & Palhare, V. D. C. (2011). Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária1. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 59-67;

Tomey, A. M., e Alligood, M. R. (2002). Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.), Loures;

Torres V.G., Davim, R. M. B., & da Nóbrega, M. M. L. (1999). Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(2), 47-53;

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, UMCCI (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011-2013*;

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, UMCCI (2011). *Manual do Prestador- Recomendações para a Melhoria Contínua*. Rede Nacional de Cuidados Continuados;

Varanda E. & Rodrigues C. (2016). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016);

Vieira, M. (2004). Da deontologia profissional à ética de enfermagem. *Revista (In)formar*, (10) 33, 68-72;

Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2016). In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta;

Vitor, A. F., de Oliveira Lopes, M. V., & de Araujo, T. L. (2010). Teoria do déficite de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(3), 611-616;

Wiener-Vacher SR. Vestibular disorders in children. *Int J Audiol*. 2008;47(9): 578-83;

Woollacott MH, Tang PF. Balance control during walking in the older adult: research and its implications. *Phys Ther*. 1997;77(6):646-60. Review;

World Health Organization. (2015d). World report on ageing and health (Vol. 1);

Yin, R. K. (2003). *Case study research: design and methods*. 3ed^a. Thousand Oaks: Sage;

Yin, R. (2005). Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman;

Zaidi, A. (2014). Life cycle transitions and and vulnerabilities in old age: a review. New York.

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora

**Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

*A Comissão de Ética
para parecer.*

2018/09/21

[Assinatura]
Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho de
Administração

À Presidente do conselho de administração
do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E

Assunto: Solicitação de autorização e pedido de parecer à comissão de Ética

Eu, Anabela Martins Batista, enfermeira a exercer funções na UCC Almoreg em Reguengos de
Monsaraz, com o número Mecanográfico 8265, solicito autorização e pedido de parecer à comissão
de Ética da instituição, para a implementação de um projeto de intervenção no contexto da prática
de cuidados, de forma à realização da unidade curricular Trabalho de Projeto, no contexto do
Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação, na
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora.

*Deverá aparecer, parecer do Conselho de Ética
& Universidade de Évora.*
18/10/18
[Assinatura]

*Indicada por
a Comissão de Ética*
18/10/18
[Assinatura]

Autorizado
[Assinatura]
22.10.2018
José Chora
Enfermeiro Diretor

Com os melhores cumprimentos
Anabela Batista

HESE-EPE
[Assinatura]
[Assinatura]

Anexo II

Intervenções dos Domínios

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

		INTERVENÇÕES
INTERVENÇÕES DO DOMÍNIO FÍSICO	Muscular	Mobilizações passivas de todos os segmentos corporais
		Mobilizações ativas-assistidas de todos os segmentos corporais
		Mobilizações resistidas utilizando elásticos ou pesos
		Utilização do Cicloergómetro passivo
		Eletroestimulação muscular
		Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado
		Treino de equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática
		Rolamentos no leito
		Rotação e elevação da bacia
		Massagem terapêutica
		Treino de transferência
		Treino de AVD's
		Treino de Marcha
	Respiratório	Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios
		Respiração frenolabial
		Ciclo ativo das técnicas respiratórias
		Hiperinsuflação manual dos pulmões nas pessoas submetidas a VMI
		Aspiração de Secreções
INTERVENÇÕES DO DOMÍNIO COGNITIVO	Orientação psíquica	
	Estimulação pelo familiar	
	Reconhecimento de padrões simétricos	
	Jogos intelectuais (puzzles, sudoku)	
	Exercícios de cálculos simples	
INTERVENÇÕES DO DOMÍNIO EMOCIONAL E PSICOSSOCIAL	Avaliar a personalidade	
	Promover a autoestima	
	Promover a confiança	
	Estabelecer relação de confiança	
	Avaliar expectativas e receios	
	Participação da família nos autocuidados	
	Incentivar a motivação	
INTERVENÇÕES DO DOMÍNIO DO COMPORTAMENTO	Promover comportamentos de autocuidado	
	Disponibilizar ajuda na capacitação do autocuidado	
	Promover ensinamentos, instruções e treinos	

Anexo III
Artigo Publicado

Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, às pessoas idosas com défice no autocuidado e alterações do foro motor

Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders

Propuesta estructurada de intervención de los cuidados de enfermería de rehabilitación, a las personas mayores con déficit en el autocuidado y alteraciones del foro motor

Anabela Martins Batista ¹, Elsa Maria Candeias Garção Pires ², César Fonseca ³, Vítor Santos ⁴

¹ RN, MSc Student (Enfermagem de Reabilitação), UCC Almoreg, ² RN, CNS (Enfermagem de Reabilitação), HESE, ³ RN, PhD, Universidade de Évora, Investigador POCTEP 0445_4IE_4_P, Portugal, ⁴ RN, CNS, MSc, Centro Hospitalar do Oeste

Corresponding Author: anabelabatista1971@sapo.pt

Resumo

O conceito da capacidade funcional é particularmente útil no contexto do envelhecimento. Envelhecer mantendo todas as suas funções não significa problema quer para o indivíduo quer para a comunidade, quando as suas funções se começam a deteorar é que os problemas começam a surgir (Kalache, A et al. 1987). O conceito está intimamente ligado à manutenção da autonomia da qual decorre a potencial perda de funcionalidade e a crescente prevalência de doenças crónicas, nomeadamente doenças do foro motor, assim a capacitação da pessoa para a execução dos seus autocuidados, no sentido da independência, torna-se um objetivo primordial da Enfermagem de Reabilitação. A qualidade dos cuidados é um dos alvos da Enfermagem de Reabilitação, sendo confirmada a sua efetividade quando se demonstram resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem. **Objetivo:** desenvolver competências na área dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, através de planos estruturados de intervenção às pessoas idosas com défice no autocuidado e alterações da mobilidade. **Metodologia:** O estudo apresentado é descritivo e exploratório, tendo por base a metodologia qualitativa do estudo de caso (método de estudos de caso múltiplos) de Robert Yin (2003) e a teoria de médio alcance de Lopes (2006), baseada na teoria do défice de autocuidado de Orem (2001). **Resultados:** Considerável aumento das consequências perceptíveis aos cuidados de enfermagem, tais como a funcionalidade, autocuidado e a satisfação dos utentes para além da capacitação do utente para a autogestão da doença crónica, através programas de reabilitação, ensinos, prevenindo retornos aos serviços de saúde, diminuindo as importâncias relativas ao sistema de saúde. **Conclusão:** A interposição estruturada dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, baseada num programa de reeducação funcional motora, capacitação da pessoa, traduz-se em ganhos de Autocuidado, ao nível da função motora.

Palavras-chave: Resultados sensíveis, Cuidados de enfermagem, Reabilitação, alteração da função motora

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, *Journal of Aging & Innovation*, 8 (1): 14 - 25

Abstract

The concept of functional capacity is particularly useful in the context of aging. Aging while maintaining all its functions does not mean a problem for both the individual and the community, when their functions begin to deteriorate, problems begin to emerge (Kalache, A et al., 1987). The concept is closely linked to the maintenance of the autonomy from which the potential loss of functionality and the increasing prevalence of chronic diseases, such as motor diseases, can be maintained, thus enabling the person to perform his or her self-care in the sense of independence, a primary goal of Rehabilitation Nursing. The quality of care is one of the targets of Rehabilitation Nursing, confirming its effectiveness when showing results sensitive to Nursing care. Objective: to develop skills in the area of Rehabilitation Nursing care, through structured intervention plans for elderly people with a deficit in self-care and mobility disorders. Methodology: The present study is descriptive and exploratory, based on the qualitative methodology of the case study (multiple case study method) by Robert Yin (2003) and Lopes' (2006) medium-range theory, based on the theory of self-care deficit of Orem (2001). Results: Considering the increase in the consequences of nursing care, such as functionality, self-care and patient satisfaction, in addition to the user's capacity for self-management of chronic illness, through rehabilitation programs, teaching, prevention of return to health services, decreasing the amounts related to the health system. Conclusion: The structured interposition of Rehabilitation Nursing care, based on a program of motor functional reeducation, empowerment of the person, translates into gains in self-care, at the level of motor function.

Key words: Sensitive results, Nursing care, Rehabilitation, altered motor function

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e a maior prevalência de doenças crónicas, leva a um maior número de pessoas potencialmente dependentes e, conseqüentemente, com a autonomia nos autocuidados comprometida (Fonseca e Lopes, 2014).

O envelhecimento é caracterizado como um processo na qual ocorre a perda progressiva de funções sensoriais e motoras, verificando-se uma maior vulnerabilidade às doenças (Joel & Goebel, 2008).

O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a real autonomização, designamos por atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). Este é um processo deliberado que pressupõe vontade própria e que deriva de experiências sociais, cognitivas e culturais (Orem, 2001), tendo o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), um papel fundamental, tanto na manutenção como na recuperação do autocuidado da pessoa, promovendo a sua independência e maximizando a sua funcionalidade (Regulamento n.º 125/2011), envolvendo todos os intervenientes e atuando em conjunto com uma equipa de saúde (Fonseca e Lopes, 2014). Os modelos de enfermagem são utilizados para promover o conhecimento e melhorar a prática, orientando a investigação e identificando objetivos da

prática de enfermagem (Perry&Potter, 1997). Desta forma, este trabalho tem por base a teoria de médio alcance de Lopes (2006) que se baseia na Teoria do défice de autocuidado de Orem.

Uma das teorias mais citadas na enfermagem é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, que incorpora o modelo de enfermagem proposto pela mesma. O autocuidado é o conceito central na TDAE.

Para Orem (2001), este pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. Orem considera a TDAE uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas, que são: Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Alligood M. 2002). Assim, quando o enfermeiro direciona as suas intervenções para os défices no autocuidado da pessoa, irá averiguar resultados positivos no desempenho das atividades instrumentais e de vida diária (Griffiths *et al.*, 2001) e, consequentemente, uma melhoria na qualidade de vida (Fonseca & Lopes, 2014).

As doenças do foro motor integram um grave problema de saúde não só pelo impacto na qualidade de vida da pessoa e família, mas também pelo contexto socioeconómico que produz na vida da própria pessoa e daqueles que a rodeiam. Constituem assim uma das causas mais incapacitantes que mais leva a uma procura dos cuidados de saúde.

O compromisso da capacidade funcional da pessoa tem complicações importantes para a família, comunidade, para o sistema de saúde e para a vida da própria pessoa, uma vez que a incapacidade ocasiona vulnerabilidade e dependência na velhice, cooperando para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas. Deste modo, a capacidade funcional aparece como um novo constituinte no modelo de saúde das pessoas (Ramos, L.R. 2003), e particularmente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo todas as suas funções não significa problema a pessoa ou sociedade, o problema inicia-se quando as funções começam a detiorar-se (Kalache A, et al .1987).

A incapacidade funcional pode ser definida como a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do quotidiano do ser humano e que normalmente são imprescindíveis para uma vida independente na comunidade (Yang y, et al. 2005). Por sua vez a capacidade funcional refere-se à capacidade para desempenhar as atividades de vida diárias ou para realizar determinado

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

ato sem necessidade de ajuda (Farinati, PTV.1997), indispensáveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Considera-se fundamental a intervenção ao nível da reeducação funcional motora e sensorial para a recuperação da pessoa, tendo em vista a promoção do autocuidado, pois o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos.” (REGULAMENTO nº 125/2011).

É competência do EEER conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem individualizados, com o intuito de prevenir e promover diagnósticos precoces e preventivos, sendo um dos objetivos do presente trabalho, praticar estas competências com o intuito de cuidar e capacitar a pessoa “*com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida*” no contexto da prática de cuidados, maximizando as suas capacidades e funcionalidades (Regulamento n.º 125/2011), para este fim, é desenvolvido um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação estruturada e individualizada para pessoas idosas com comprometimento da execução dos seus autocuidados e com alterações do foro motor.

METODOLOGIA

O estudo apresentado é descritivo e exploratório, tendo por base a metodologia qualitativa do estudo de caso (método de estudos de caso múltiplos) de Robert Yin (2003) e a teoria de médio alcance de Lopes (2006) baseada na teoria do autocuidado de Orem.

Seguindo a metodologia de Yin (2003) foram definidos e planeados os objetivos do trabalho, realizada a preparação e a colheita de dados e posteriormente feita a análise e conclusão decorrente desses achados. O método de estudo de caso encontra-se resumido na figura nº 1.

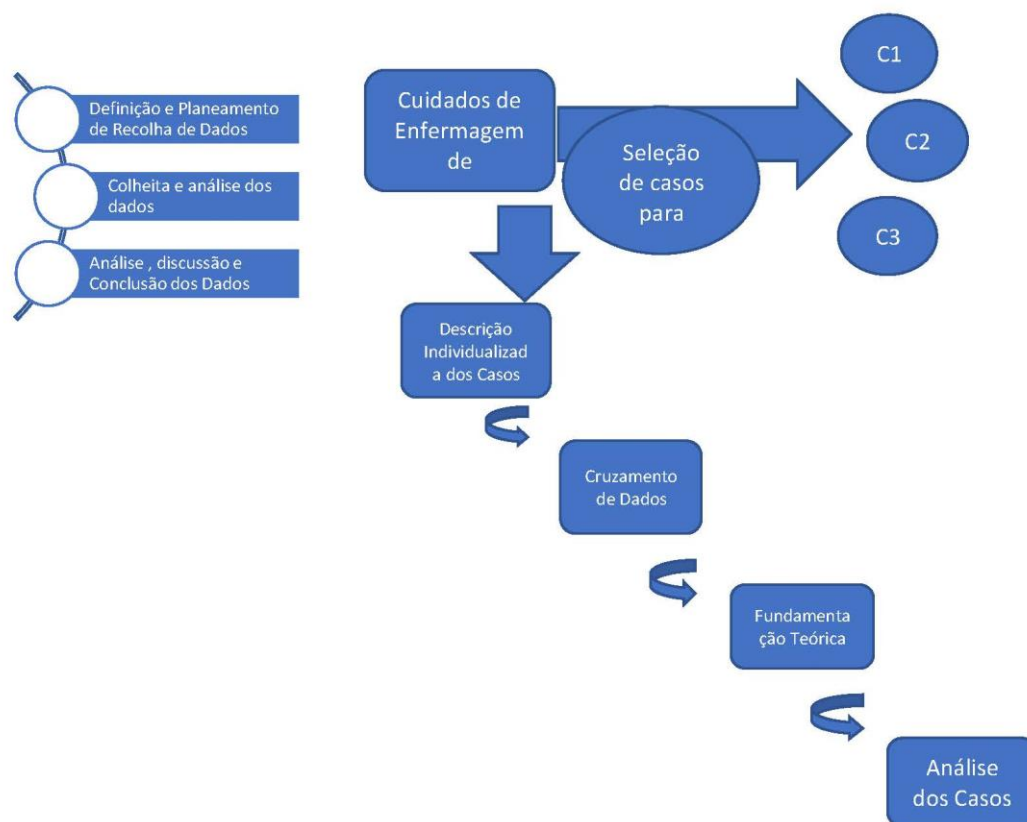
A teoria de médio alcance de Lopes (2006) e o modelo de autocuidados de Fonseca e Lopes (2014) complementam o estudo ajudando a perceber os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que as intervenções de enfermagem de reabilitação trazem.

Tal como recomenda Lopes (2006), no processo de criação de uma relação terapêutica, que possibilite o desenvolvimento da confiança do doente e família em relação ao enfermeiro e aos cuidados prestados e, técnicas ensinadas e executadas, é efetuado um processo de avaliação diagnóstica e um processo de intervenção terapêutica de enfermagem. No processo de avaliação/reavaliação diagnóstica da situação, foram tidas em conta as perspetivas vivenciais, biomédicas e de ajuda do doente e família, sendo que o processo de intervenção

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

terapêutica de enfermagem abrangeu, não só as intervenções de enfermagem propriamente ditas, como a “interface destes com o grupo e a organização” (Lopes, 2006).

Figura nº 1 – Metodologia de Estudos de Casos múltiplos de Yin (2003)



O presente programa de intervenção decorreu entre 17 setembro e 25 de novembro de 2018, no âmbito do estágio de enfermagem de reabilitação – área motora no serviço de Unidade de Convalescença do Hospital do Espírito Santo Évora E.P.E, sendo a colheita de dados realizada neste espaço de tempo.

A colheita de dados é executada através da interação e observação do utente e família, tendo em conta o comportamento, atitude e perceções de cada indivíduo (Yin, 2003), dados

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

objetivos retirados da avaliação física, registos do processo do utente e exames complementares de diagnóstico (EAD) pertinentes.

Foram também aplicados os instrumentos de recolha de dados: Elderly Core Set (ENCS) (Fonseca e Lopes, 2014) e a Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011).

Os instrumentos utilizados (ENCS e MIF) utilizam linguagem CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) que é padronizada e permite descrever os domínios da saúde e estados de saúde (DGS, 2004).

O ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) foi escolhido por conter indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, tendo como objetivos, avaliar a funcionalidade da pessoa, as necessidades de enfermagem em vários contextos de cuidados e avaliar os resultados da aplicação de um programa de reabilitação.

A MIF (DGS, 2011) é um instrumento de avaliação funcional, que avalia a dependência ou independência funcional do indivíduo, permitindo quantificar as necessidades de intervenção do enfermeiro na execução dos autocuidados/desempenho da pessoa e mensurar os resultados das intervenções de enfermagem executadas.

A MIF foi elaborada para ser utilizada como uma escala de 7 (sete) níveis que representam os graus de funcionalidade, variando da independência à dependência, e traduz a carga de cuidados para a incapacidade em questão. A carga de cuidados revela o tempo e a energia requisitados para responder às necessidades de um indivíduo dependente e permite-lhe alcançar e suportar uma qualidade de vida satisfatória. Esta escala reflete a carga global de cuidados para a incapacidade em questão. A classificação de uma atividade em termos de dependência ou independência é baseada na necessidade de ser assistido ou não por outra pessoa e, se a ajuda é necessária, e em qual proporção (MIF, F. 1998). A MIF mede a incapacidade, não a deficiência. Ela tem por objetivo medir o que o indivíduo com incapacidade faz na realidade, não aquilo que ele deveria ou poderia fazer em circunstâncias diferentes. Importante ressaltar que a MIF não apresenta nenhuma restrição e é aplicável em todos os casos (Andressa B., et al 2008).

Fazem parte do estudo utentes internados no serviço de Unidade de Convalescença de HESE, com alterações do foro motor, com alguns défices de autocuidado e necessidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Foram selecionados três utentes que possuem as características que foram enumeradas anteriormente, sendo pois uma amostra propositada, que o investigador domina a população e as suas particularidades. Foram ao mesmo tempo selecionados atendendo à destreza e astúcia do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que assistiu a todo processo, com base na sua experiência e conhecimentos na área. Atendendo assim, os critérios de seleção são: utentes idosos, internados no serviço de Unidade de Convalescença,

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

do foro motor e que exponham défice na execução dos autocuidados, tendo necessidade da aplicação de um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação.

Desta forma executou-se uma caracterização sociodemográfica dos intervenientes seleccionados, que é apresentada no quadro 1. No sentido de preservar a privacidade dos utentes foram usados letras e números para os identificar (C1, C2, C3).

Quadro nº1- Caracterização sociodemográfica dos intervenientes

Estudos de caso	C1	C2	C3
Idade	76 anos	68 anos	76 anos
Género	Feminino	Feminino	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Estado civil	Casada	Casada	Casada
Agregado Familiar	Vive com o esposo	Vive com o esposo	Vive com o esposo
Nível de Escolaridade	9ª ano	9ª ano	4ª classe
Profissão	Doméstica	Doméstica	Reformada (trabalhadora rural anteriormente)
Residência	Évora	Montemor-o-Novo	Stº António Capelins Alandroal

Através da análise sociodemográfica, avaliamos a média de idades em 73 anos. A população é portuguesa e do sexo feminino. Apresentam algum um nível de escolaridade médio, são maioritariamente domésticas, sendo apenas uma reformada (anteriormente trabalhadora rural).

RESULTADOS

Seguindo a primeira fase de Yin (2003), que preconiza a realização de uma descrição e reflexão do estudo de caso, são apresentados seguidamente os estudos de caso desenvolvidos:

Estudo de caso C1:

Utente do sexo feminino com 76 anos, raça caucasiana, vive com o marido, sendo previamente independente na realização de todas as AVDs. Trata-se de uma utente transferida do Hospital de S. José (HSJ) para o Hospital do Espírito Santo Évora (HESE).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

Sofreu queda no domicílio da qual resultou traumatismo maxilo-facial, traumatismo crânio encefálico e traumatismo cervical. À entrada no serviço de urgência queixava-se de dor cervical e perda de força nos membros superiores e inferiores. Fez TAC cervical o qual revelou: fratura linear da apófise espinhosa de C5; listese C3-C4 grau1. Sem imagens de outras fraturas ou luxações. Em RM realizada no HSJ apresentava ligeiro foco de contusão e compressão. Após melhoria do caso foi-lhe dado alta para o domicílio com indicações de: analgesia, reabilitação fisioterapia e vigilância de sinais vitais. Por questões sociais a utente ficou no serviço de urgência do HESE. Tem como antecedentes pessoais: diabetes mellitus, anemia normocítica, bronquiectasias, apneia do sono com indicação para OLD que não tolera, colite ulcerosa do colon com ANA positivo, displasia gástrica, colestase ligeira, hérnia do hiato, doença venosa periférica, prótese do joelho à esquerda, simoidectomia por diverticulose, colecistectomia, apendicectomia, Oclusão intestinal por bridas, histerectomia vaginal e cataratas. É alérgica ao Nolotil. Posteriormente foi transferida para o serviço de Unidade de Convalescença onde realizou um plano de reabilitação que incidiu essencialmente na recuperação da força dos quatro membros e na marcha, tendo tido alta um mês depois com movimentos ativos em todos os seguimentos articulares, e a deambular com o auxílio de canadianas, para o domicílio.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 2 e 3:

Quadro nº2 – ENCS* aplicado ao estudo de caso C1:

	Avaliação diagnóstica 17.09.2018	Após intervenção de ER 23.09.2018
Funcionalidade geral	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (18%)
Autocuidado	Problema moderado (48%)	Problema moderado (29)
Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (13%)
Comunicar	Problema ligeiro (6%)	Não há problema (0%)
Relação com amigos e cuidadores	Problema moderado (33%)	Problema moderado (25%)

*São apresentados apenas os focos com alterações.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Quadro nº3 - MIF aplicada ao estudo de caso C1:

Datas de avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 17.09.2018	2ª avaliação (após intervenção de ER) 23.09.2018
Autocuidados	28	32
Controlo de esfíncteres	10	14
Mobilidade - transferências	7	17
Locomoção	11	12
<u>MIF motora</u>	56	75
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	19	20
<u>MIF cognitiva</u>	33	34
Total	89	109

Estudo de caso C2:

Utente do sexo feminino com 68 anos, raça caucasiana, vive com o marido, sendo previamente independente na realização de todas as AVDs. Recorre ao serviço de urgência do HESE por queda de própria altura com trauma direto da coxa esquerda, da qual resultou fratura da diáfise do fémur esquerdo. Utente encaminhada para o bloco operatório onde foi submetida a colocação de tração esquelética com 6 Kg no membro inferior esquerdo. Após cirurgia deu entrada no serviço de ortopedia onde colocaram tala de Braun, extremidades sem alterações neurocirculatórias aparentes. Após cerca de 12 dias foi novamente intervencionada no bloco operatório onde foi submetida a encavilhamento affixus do fémur esquerdo sem intercorrências. Iniciou plano de reabilitação, com levantes para o cadeirão, tinha indicação médica para não fazer carga no membro operado. Apresentava sutura operatória em vias de cicatrização, e suturas do local de inserção dos pinos da tração esquelética também em vias de cicatrização. Apresentava também edema da coxa sem outras alterações neurocirculatórias aparentes. Tinha como antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo2, patologia lombar degenerativa. Foi-lhe dada no serviço de ortopedia alta a aguardar resolução social, e posteriormente foi transferida para o serviço de Unidade de Convalescença, onde continuou o seu plano de reabilitação, tendo-lhe sido mais tarde indicação para realizar carga

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

virtual no membro operado. Apresentava limitação articular a nível da anca e joelho esquerdo. Deslocou-se enquanto internada em cadeira de rodas com apoio de terceiros. Teve alta para uma unidade de convalescença.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 4 e 5 respetivamente:

Quadro nº4 – ENCS* aplicado ao estudo de caso C2:

	Avaliação diagnóstica 17.09.2018	Após intervenção de ER 27.09.2018
Funcionalidade geral	Problema moderado (34%)	Problema ligeiro (19%)
Autocuidado	Problema grave (52%)	Problema moderado (35%)
Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (8,3%)
Comunicar	Problema ligeiro (13%)	Não há problema
Relação com os amigos e cuidadores	Problema moderado (25%)	Problema ligeiro (17)

*São apresentados apenas os focos com alterações.

Quadro nº5 – MIF aplicada ao estudo de caso C2:

Datas da avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 17.09.2018	2ª avaliação(após intervenção de ER) 27.09.2018
Autocuidados	23	25
Controlo de esfíncteres	14	14
Mobilidade-transferências	11	13
Locomoção	4	5
MIF motora	52	57
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	17	19
MIF cognitiva	31	33
Total	83	90

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

Estudo de caso C3:

Utente do sexo feminino com 76 anos, raça caucasiana, vive com o marido, sendo previamente independente na realização de todas as AVDs. Utente que recorreu ao serviço de urgência, tendo-lhe sido diagnosticado AVC isquémico. Foi transferida para o serviço de medicina, onde permaneceu até ser transferida para o serviço de Unidade de Convalescença, onde entrou com o diagnóstico de status pós AVC isquémico. Tem como antecedentes pessoais: hipertensão arterial, colecistectomia, síndrome vertiginosa. Foi-lhe delineado um plano de reabilitação que vá de encontro às necessidades da utente, tentando recuperar as suas capacidades remanescentes. Os resultados desta reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho que foi desenvolvido por toda a equipa, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar. O Enfermeiro de reabilitação esteve sempre presente ao longo de todo o processo de recuperação, promovendo o papel ativo do doente e da sua família, favorecendo a parceria, participação e continuidade de cuidados no decorrer de todo o processo. A utente ao longo do internamento fez grandes progressos, pois começou a deambular em cadeira de rodas e em pouco tempo passou a deambular com auxílio de bengala, tinha apenas uma condicionante que era o seu síndrome vertiginosa que por vezes a impedia de andar sendo fundamental, a continuação da toma da medicação para esta patologia. Teve alta para o domicílio com o apoio de familiares.

Quadro nº6 ENCS* aplicado ao estudo de caso C3:

	Avaliação Diagnóstica 17.09.2018	Após intervenção de ER 27.09.2018
Funcionalidade geral	Problema moderado (40%)	Problema ligeiro (19%)
Autocuidado	Problema grave (54%)	Problema moderado (33%)
Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (42%)	Problema ligeiro (8%)
Comunicar	Problema ligeiro (13%)	Problema ligeiro (6%)
Relação com amigos e cuidadores	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (17%)

*São apresentados apenas os focos com alterações.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

Quadro nº7 - MIF aplicada ao estudo de caso C3:

Datas da avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 17.09.2018	2ª avaliação (após intervenção de ER) 27.09.2018
Autocuidados	21	24
Controlo de esfíncteres	12	13
Mobilidade - transferências	11	14
Locomoção	7	8
MIF motora	51	59
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	15	17
MIF cognitiva	29	31
Total	80	90

Para todos estes estudos de caso aqui apresentados foram delineados e realizados, planos de reeducação funcional motora, sendo este o foco de intervenção que influi no défice de autocuidados (como por exemplo défice motor em grau elevado torna difícil a autonomia na execução dos autocuidados), encontrando-se os utentes empenhados e colaboradores.

DISCUSSÃO

Partindo do princípio de que o cuidar do corpo humano exige, inevitavelmente, um olhar para a dimensão total do ser, incluindo a sua essência existencial, torna-se indispensável, para nós enfermeiros de reabilitação, uma maior conscientização acerca do relevante papel que desempenhamos ao interferir no espaço de privacidade das pessoas dependentes das nossas intervenções, como aqueles que apresentam deficiência física (Machado WCA.2013). A Reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que assiste o utente que poderá estar incapacitado para atingir a sua funcionalidade quer física, mental, espiritual ou social. O processo de Reabilitação ajuda as pessoas a atingir uma qualidade de vida com vista á máxima independência (Brunner LS, et al. 1993). Os enfermeiros de reabilitação trabalham com os utentes para atingir o nível máximo de independência funcional e na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado, reforçando comportamentos de adaptação positiva (Hoeman,2000). Esta população com necessidades específicas, necessitam de cuidados igualmente específicos, aos quais a enfermagem de

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, *Journal of Aging & Innovation*, 8 (1): 14 - 25

reabilitação pode dar resposta e, dessa forma, cooperar para a obtenção de ganhos em saúde.

A enfermagem de Reabilitação “traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática”, incluindo unidades de internamento de agudos (Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018) e é neste contexto que este trabalho se desenvolve: utente, idoso com doença motora crónica e/ou aguda num contexto de internamento.

A Enfermagem de Reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, o aumento da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações, evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas gerando ganhos em saúde (Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

A Enfermagem de reabilitação é considerada “uma Intervenção criativa para conseguir a máxima funcionalidade e a melhor qualidade de vida” (Hoeman, 2011), para tal no âmbito das suas intervenções usa técnicas específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) e intervém na educação dos utentes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do utente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (OE, 2011).

A Enfermagem de Reabilitação, tem como objetivo a recuperação da pessoa que sofre doença súbita ou agudização de doença crónica, decorrendo desta situação um défice funcional aos níveis motor, cognitivo, cardiorrespiratório, etc. Assim, a meta da Enfermagem de Reabilitação é diagnosticar e intervir precocemente, promovendo a qualidade de vida, a funcionalidade, o autocuidado e prevenindo consequências decorrentes da incapacidade “gerando ganhos em saúde”. (Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018)

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, com um conhecimento num domínio específico de enfermagem, assume entre outras competências comuns a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 122/2011). O enfermeiro, com especialidade em reabilitação, precisa fazer emergir os elementos determinantes da qualidade dos seus cuidados, numa perspetiva de melhoria contínua. Estes ganhos podem ser mensuráveis através da aplicação de instrumentos.

E é inserido neste contexto que são expostos os dados obtidos: todos os utentes estudados evidenciavam, na avaliação inicial uma funcionalidade motora reduzida assim como uma execução com défices nos seus autocuidados relacionado com a sua patologia que os impediu de realizarem as suas tarefas.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

Os resultados obtidos revelaram uma melhoria da funcionalidade motora, para além de uma melhoria dos seus autocuidados. Analisando informalmente, foi revelado por parte dos utentes um maior empenho para alcançar a maior independência possível, assim como uma melhor satisfação do utente e família, pelos incentivos dados.

Quadronº8 – Plano de intervenção de Enfermagem de Reeducação funcional motora:

Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
•Melhorar o compromisso da postura e da marcha	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliar a reeducação funcional motora através de exercícios de amplitude de movimento articular assistidos, ativos assistidos, e por fim resistidos (flexão/extensão de todos os segmentos articulares, quer dos membros superiores quer dos inferiores) (estudo de caso C1).▪ Avaliar a dispneia funcional (perceção do grau de esforço) (C1 e C3)▪ Melhorar o compromisso da postura e da marcha (C1, C2, C3)▪ Assistir a pessoa no treino de marcha▪ Incentivar a doente a pôr-se de pé (C1, C3)▪ Instruir a doente a pôr-se de pé▪ Assistir a doente no treino sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé▪ Supervisionar a doente a pôr-se de pé▪ Avaliar conhecimento sobre a importância do auxiliar de marcha (C1,C3)▪ Adequar o auxiliar de marcha▪ Posicionar corretamente o auxiliar de marcha▪ Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro▪ Colocar a utente em frente ao espelho quadriculado para correção da postura corporal (cintura escapular e cintura pélvica)▪ Treino de postura corporal▪ Promover a segurança para a marcha. Aumentar a base de sustentação
•Avaliar a força muscular	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliar a força muscular através da Escala de Lower

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover o ganho de força muscular nos quatro membros através das mobilizações e exercícios executados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (C1) ▪ Executar um programa de Enfermagem de Reabilitação Funcional Motora diariamente às antes da higiene.
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a conservação de energia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar potencial para melhorar a capacidade para usar técnicas de conservação de energia ▪ Instruir a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios e da respiração diafragmática ▪ Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de conservação de energia (reeducar no esforço) (estudo de caso C1, C3)
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o equilíbrio dinâmico na posição de sentada e ortostática 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o equilíbrio da utente através da Escala de Berg ▪ Realizar os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada (com as mãos apoiadas no colchão) ▪ Colocar a utente frente ao espelho quadriculado (no serviço só há espelho normal) para que esta tome consciência e corrija a sua postura corporal (cintura escapular e cintura pélvica) ▪ Realizar treino de ortostatismo ▪ Realizar exercícios de equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática ▪ Incentivar a doente a caminhar em linha reta (estrategicamente colocada no solo) (C1, C2)

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conhecimentos sobre os cuidados no pós-operatório de um encavilhamento affixus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar os conhecimentos da utente sobre os cuidados no pós-operatório de um encavilhamento affixus ▪ Instruir sobre o posicionamento no leito no pós-operatório, devendo permanecer em decúbito dorsal com o membro operado sob almofada com a finalidade de diminuir o edema das extremidades. ▪ Sobre levantar do leito (levantar sem carga no membro operado por indicação médica)): <ul style="list-style-type: none"> - Usar dispositivo de mobilização da cama (trapézio) para elevar a pélvis e o tronco; - Progredir até à beira da cama (sair da cama de preferência pelo lado que a utente sai no domicílio) - Elevar ligeiramente a cabeça - Posicionar os membros inferiores para fora da cama e rodar o corpo com o auxílio do trapézio - Colocar a cadeira de rodas junto à parte superior da cama, colocar as mãos nos apoios de braços da cadeira, levantando-se a apoiar-se no pé são, e com a ajuda dos membros superiores sentar-se na cadeira ▪ Ensinar ainda que no pós-operatório deverá: <ul style="list-style-type: none"> - Planear momentos de repouso entre as atividades de vida diária e instrumentais - Usar as articulações mais fortes, nomeadamente as do membro contralateral ao membro operado, e as articulações dos membros superiores. (C2)
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir e controlar o edema do membro operado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a extensão do edema ▪ Aplicar crioterapia local (gelo) 3 vezes ao dia no membro inferior esquerdo, com a finalidade de reduzir o edema ▪ Realizar massagem terapêutica ▪ Promover repouso no leito por períodos (C2)

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

<ul style="list-style-type: none">• Promover a independência do utente nas AVDs	<ul style="list-style-type: none">▪ Treino de AVD's<ul style="list-style-type: none">- Higiene pessoal e vestuário- Treino de vestir e despir: estratégias adaptativas- Manutenção de um ambiente seguro- Comunicação- Alimentação- Respiração- Eliminação- Mobilidade- Controlo da temperatura corporal
---	--

O conceito “funcionalidade” engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, enquanto o conceito “incapacidade” inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (Organização Mundial de Saúde, 2004). Na aplicação deste plano foram tidos em conta “os quatro princípios do condicionamento fisiológico” (Delisa *et al*, citada por Cordeiro & Menoita (2012)): o princípio da variação individual (o plano foi individualizado a cada indivíduo e ajustado consoante a sua resposta, por exemplo introdução de pausas com a duração que o utente necessitar), o princípio da especificidade (é tido em conta, que cada exercício resulta num ajuste metabólico e fisiológico que origina um efeito de treino), o princípio da sobrecarga (aplicados exercícios que requerem um esforço maior do que aquele que o utente normalmente realiza) e o princípio da reversibilidade (atendendo a que os resultados do treino só se mantêm se forem continuados, os utentes são estimulados á realização dos exercícios duas vezes por dia, com a finalidade de serem continuados após a alta, segundo a avaliação do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação).

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

Quadro nº 9 – Ganhos obtidos na aplicação de um plano estruturado de Enfermagem de Reabilitação:

Instrumento ENCS			Ganhos
Estudos de caso	Avaliação inicial - diagnóstica	Avaliação final (após intervenção)	
C1	Funcionalidade geral: 33% Áreas de Intervenção: • Autocuidado: 48% • Aprendizagem e funções mentais: 33,3% • Comunicar: 6,2% • Relação com os amigos e cuidadores: 33,3%	Funcionalidade geral: 18% Áreas de Intervenção: • Autocuidado: 29% • Aprendizagem e funções mentais: 13% • Comunicar: 0% • Relação com os amigos e cuidadores: 25%	15%
C2	Funcionalidade geral: 34% Áreas de Intervenção: • Autocuidado: 52% • Aprendizagem e funções mentais: 33% • Comunicar: 13% • Relação com os amigos e cuidadores: 25%	Funcionalidade geral: 19% Áreas de Intervenção: • Autocuidado: 35% • Aprendizagem e funções mentais: 8% • Comunicar: 0% • Relação com os amigos e cuidadores: 17%	15%
C3	Funcionalidade geral: 40% Áreas de Intervenção: • Autocuidado: 54% • Aprendizagem e funções mentais: 42% • Comunicar: 13% • Relação com os amigos e cuidadores: 33%	Funcionalidade geral: 19% Áreas de Intervenção: • Autocuidado: 33% • Aprendizagem e funções mentais: 8% • Comunicar: 6% • Relação com os amigos e cuidadores: 17%	21%

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Média global de funcionalidade	37%	17%	20%
MIF			
C1	89	109	20
C2	83	90	7
C3	80	90	10
Média de scores	84	96	12

Conclusão

Segundo os dados previamente apresentados, chegamos á conclusão que, pela execução de um plano estruturado de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, se alcançam ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem, particularmente, a nível da funcionalidade geral (mensuração de 17% de ganho pelo instrumento ENCS e 12 pela MIF), do autocuidado (em que se verifica um aumento de 21% na capacitação da pessoa, passando de um problema grave para um problema moderado ou ligeiro), da aprendizagem e funções mentais (melhoria de 20%

pelo instrumento ENCS no estudo de caso C1), do controlo sintomático (uma vez que se verifica melhoria da postura e da marcha assim como do equilíbrio e da satisfação da pessoa e família, manifestada verbalmente e pela observação informal. Pode também concluir-se que os maiores ganhos se verificam na aprendizagem e funções mentais, que se apresenta como um problema moderado, inicialmente, e onde incidiu, maioritariamente, a intervenção de Enfermagem de Reabilitação.

Considerando que os utentes possam dar continuidade a este plano, pode conduzir também a uma menor procura de cuidados de saúde, e como consequência a uma diminuição dos gastos em saúde, uma vez que se o utente controlar a sua doença, lhe vai conduzir ao autocontrolo dos sintomas, que por sua vez lhe proporciona uma melhor qualidade de vida e a uma potencial integração facilitada na sociedade.

Com a realização deste trabalho, confirmam-se as competências específicas do EEER (Regulamento n.º 125/2011, 2011), pois através da elaboração de um plano organizado e

individualizado de Enfermagem de Reabilitação, cuidam-se pessoas com necessidades (neste estudo com défice no autocuidado, alterações de funcionalidade e do foro motor e neurológico), ao longo do ciclo de vida (neste estudo - idosos), em todos os contextos da prática de cuidados (internamento de utentes do foro motor e um utente do foro neurológico), certificando-se, após implementação do plano, a capacitação da pessoa com limitação da atividade, a progressão da maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa, difundindo a sua reinserção e exercício da cidadania

Logo, os resultados obtidos certificam a importância da intervenção da Enfermagem de Reabilitação e da implementação de planos de intervenção de cuidados de reabilitação organizados, que se exprimem em resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem e em consecutivos ganhos para a pessoa e família, seja em meio hospitalar, seja na comunidade em que se insere.

Referências Bibliográficas

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2002). Significance of theory for nursing as a discipline and profession. *Nursing theorists and their work*, 5, 14-31.
- Andressa Benvenuti Benvegnu1, L. A. (2008). Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre*, p. 71-77.
- Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Brunner LS, Suddarth DS. Princípios e práticas de reabilitação. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993. p. 181-207
- Farinati PTV. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. *Arq Geriatr Gerontol* 1997; 1:1readaption. pp. 1-23.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, *Journal of Aging & Innovation*, 8 (1): 14 - 25

- Fonseca, C.; Lopes, M. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidade de cuidados de enfermagem*. Universidade de Lisboa.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017).
- Goebel, J. (2008). *Practical management of the dizzy patient*
- Griffiths, P., Harris, R., Richardson, G., Hallett, N., Heard, S., & Wilson-Barnett, J. (2001). *Substitution of a nursing-led inpatient unit for acute services: randomized controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care*. *Age & Ageing*, 30(6).
- Hoeman, Shirley P. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência: ISBN:972-8383-13-4
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Ed. Loures: Lusociência
- Machado WCA. O papel do enfermeiro no cuidar de clientes portadores de deficiência. [online]. São Paulo: Entre Amigos – Rede de Informações sobre Deficiência; [s.d.]. Disponível em <<http://www.entreamigos.com.br/textos/reabili/opapel.html>>(19 jan. 2003)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. 22 de Outubro de 2011
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed). St.Louis: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. 22 de Outubro de 2011
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:793-7.
- Regulamento n.º 125/2011 (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. DR 2.ª série n.º 35 de 18 de fevereiro.
- Regulamento nº 122/2011. D. R. II Série. 35 (11-02-18) 8648-8653.

Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



ARTIGO ORIGINAL: Batista, A., Pires, E., Fonseca, C., Santos, V. (2019) Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders, Journal of Aging & Innovation, 8 (1): 14 - 25

- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21, 200-210.
- Yang Y, George LK. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *J Aging Health* 2005; 17:263-92.